

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO EM CONTABILIDADE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTABILIDADE E FINANÇAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PROPOSTA DE MODELAGEM CONCEITUAL DO *PUBLIC VALUE SCORECARD*
COMO INSTRUMENTO INTEGRADO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

HENRIQUE PORTULHAK

CURITIBA
2013

HENRIQUE PORTULHAK

**PROPOSTA DE MODELAGEM CONCEITUAL DO *PUBLIC VALUE SCORECARD*
COMO INSTRUMENTO INTEGRADO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

CURITIBA

2013

HENRIQUE PORTULHAK

**PROPOSTA DE MODELAGEM CONCEITUAL DO *PUBLIC VALUE SCORECARD*
COMO INSTRUMENTO INTEGRADO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Programa de Mestrado em Contabilidade – Área de Concentração Contabilidade e Finanças, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dra. Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo.

CURITIBA

2013

"PROPOSTA DE MODELAGEM CONCEITUAL DO PUBLIC VALUE SCORECARD COMO INSTRUMENTO INTEGRADO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL"

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM CONTABILIDADE (AREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTABILIDADE E FINANÇAS), E APROVADA EM SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTABILIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

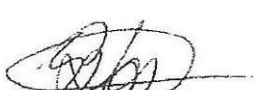


PROF. DR. ROMUALDO DOUGLAS COLAUO
COORDENADOR DO PROGRAMA DE MESTRADO EM CONTABILIDADE

APRESENTADA À COMISSÃO EXAMINADORA INTEGRADA PELOS PROFESSORES:



PROF.ª DR.ª MÁRCIA MARIA DOS SANTOS BORTOLOCCI ESPEJO
PRESIDENTE



PROF.ª DR.ª SIMONE BERNARDES VOESE
MEMBRO



PROF. DR. REINALDO GUERREIRO
MEMBRO

A Deus, por tudo!

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e
pela dedicação infinita!

À minha noiva, pelo amor que inspira e
pelo companheirismo que conforta!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me dado o dom da vida e por me conduzir durante mais esse capítulo. Tenho a certeza de que essa etapa apenas está sendo concluída por Ele permitir que eu a iniciasse, no momento que Ele planejou. Obrigado por guiar meus passos, por me proteger das aflições e dos perigos, e por me iluminar e me dar forças nos momentos em que mais necessitei! Peço que continue ao meu lado nesse caminho, para que eu tenha sabedoria suficiente para dedicar meus esforços de acordo com Vossos desígnios!

Agradeço a meus pais, Silvestre e Ezilda, que ao longo de todos esses anos proveram não só as condições materiais com muito esforço e sacrifício, mas forneceram principalmente os valores morais que me foram passados por meio de seus exemplos de vida. Tudo isso foi fundamental para que eu pudesse chegar ao final de mais essa etapa. Obrigado pela imensa dedicação e pela compreensão em todos os momentos, dia após dia, e por partilharem dos meus sonhos e desafios como se também fossem os seus!

Agradeço à minha noiva – minha futura esposa – Eva, pelo apoio e pelo companheirismo demonstrado ao longo dessa caminhada, por compreender meus momentos de ausência e por me trazer segurança nos momentos em que precisei priorizar meus compromissos acadêmicos. Obrigado por estar sempre ao meu lado! Meu amor por você dá mais sentido à minha vida a cada dia, e seu amor me inspira nas diversas batalhas enfrentadas em busca de nossa felicidade, a qual é certa para mim por ter você ao meu lado, e onde sempre quero estar!

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo, pelo privilégio de tê-la como orientadora ao longo de minha trajetória acadêmica, e pela confiança depositada em cada etapa. Obrigado pelo apoio e pela confiança nesse projeto, e pelo encorajamento nos demais projetos e desafios assumidos! Graças à sua influência, um inimaginável novo mundo repleto de possibilidades foi revelado em minha vida, e especialmente por conta disso expresso minha eterna gratidão!

Agradeço ao Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro e à Prof^a. Dr^a. Simone Bernardes Voese pelas valiosas contribuições oferecidas para o aprimoramento dessa dissertação. Agradeço ao Prof. Dr. Romualdo Douglas Colauto, Prof^a. Dr^a. Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo, Prof. Dr. Rodrigo Oliveira Soares, Prof. Dr. Paulo Mello Garcias, Prof^a. Dr^a. Simone Bernardes Voese, Prof. Dr. Jorge Eduardo Scarpin e Prof^a. Dr^a. Ilse Maria Beuren pelos ensinamentos oferecidos nas disciplinas e ao longo dos projetos de pesquisa. Também agradeço ao Prof. Ms. Akichide Walter Ogasawara, pelo apoio e confiança ao longo do Estágio Docência. Estendo meus agradecimentos aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, por viabilizarem a manutenção e o crescimento desse Programa a cada ano.

Agradeço aos colegas Daiana Braguetto Martins, Pedro Ylunga Costa da Silva e Susana Cipriano Dias Raffaelli pela parceria nos diversos projetos de pesquisa realizados durante o Mestrado. Estendo meus agradecimentos a todos os colegas de Mestrado, pela união e pelo companheirismo ao longo do curso, demonstrando que juntos somos mais fortes. Agradeço à colega Sayuri Unoki de Azevedo, por sua dissertação inspirar a realização dessa e pelas trocas de ideias e experiências que muito agregaram a esse trabalho. Desejo a todos muito sucesso, almejando novas parcerias!

Agradeço aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e por todo o auxílio nas minhas eventuais ausências durante o curso, pois sem o apoio dado não seria possível abraçar esse desafio. Agradeço especialmente à Vera Bandeira do Nascimento, que me incentivou e me apoiou para que eu pudesse ter condições de iniciar e prosseguir em minha capacitação. Serei eternamente grato por sua confiança!

Agradeço aos diversos colegas entrevistados que disponibilizaram seu precioso tempo e, de forma bastante receptiva, forneceram contribuições valiosas para essa pesquisa. Estendo meus agradecimentos a todos que de alguma forma viabilizaram a realização desse estudo de caso na instituição.

“É tempo de travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Portulhak, H. (2013). *Proposta de modelagem conceitual do Public Value Scorecard como instrumento integrado ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

Os serviços de assistência à saúde oferecidos pelo Estado brasileiro têm sido uma preocupação crescente para sua população, o que fomenta o clamor pelo aumento no volume de recursos financeiros destinados para essa finalidade. Porém, diante dos desperdícios gerados pela corrupção e pela má administração desses recursos, faz-se importante a proposição de ferramentas que possam auxiliar no acompanhamento da qualidade dos serviços de assistência à saúde prestados à população, como o *Public Value Scorecard*. A presente investigação questiona: como desenvolver um modelo conceitual do *Public Value Scorecard* integrado ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal? A pesquisa objetiva desenvolver um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* (PVS) que esteja integrado ao planejamento estratégico do hospital universitário federal objeto desse estudo. Os procedimentos do estudo de caso, com abordagem interpretativa e norteados por um protocolo elaborado para essa investigação, conduziram a um diagnóstico quanto ao processo atual de tomada de decisão na organização e ao processo de modelagem conceitual de um sistema de avaliação de desempenho composto principalmente por indicadores e metas que foram cascadeados aos seus diversos níveis hierárquicos. O processo de modelagem conceitual demonstra a compatibilidade do artefato proposto por Moore (2003) com a realidade investigada, sendo que a experiência relatada apresenta contribuições teóricas e práticas para a validação do modelo e replicação para instituições semelhantes e demais organizações sem finalidades lucrativas.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho; *Public Value Scorecard*; hospitais universitários federais.

ABSTRACT

Portulhak, H. (2013). *Public Value Scorecard conceptual modeling proposal as a tool integrated with the strategic planning of a teaching hospital*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

The health care service offered by the Brazilian government has been a growing concern for their population, which increases the calls for increasing in the financial resources allocated for this purpose. However, in front of the waste generated by corruption and mismanagement on these resources, it is important to propose tools that can assist in monitoring the quality of health care services provided to the population, as Public Value Scorecard. This research questions: how to develop a conceptual model of Public Value Scorecard integrated to the strategic planning of a teaching hospital? This research aims to develop a performance evaluation conceptual model based on Public Value Scorecard integrated the strategic planning of a teaching hospital. The following case study with interpretative approach and guided by a case study protocol developed for this investigation led to a diagnosis as to the actual process of decision making in the organization and the process of conceptual modeling of a performance evaluation system mainly composed by indicators and targets that have been cascaded to various levels of the organization. Conceptual model process demonstrates the compatibility of the tool proposed by Moore (2003) in a teaching hospital. The reported experience presents theoretical and practical contributions for model validation and replication to similar institutions and other non-profit organizations.

Keywords: Performance evaluation; Public Value Scorecard; teaching hospital.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da necessidade de um sistema estratégico de avaliação de desempenho.....	110
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estrutura do referencial teórico-empírico.....	24
Quadro 2. Principais elementos dos sistemas de avaliação de desempenho	32
Quadro 3. Fatores críticos dos sistemas de avaliação de desempenho	33
Quadro 4. A avaliação de desempenho traz resultados	34
Quadro 5. Visão geral dos fatores comportamentais importantes	53
Quadro 6. Recomendações quanto ao desenho de medidas de desempenho	54
Quadro 7. Ficha de registro de medidas de desempenho	55
Quadro 8. Determinantes da implantação do BSC.....	57
Quadro 9. Quadro de construtos, variáveis e referências	60
Quadro 10. Opções de categorização da pesquisa quanto à abordagem.....	62
Quadro 11. Objetivos do mapa estratégico da entidade objeto de estudo	86
Quadro 12. Análise categorial: processo de elaboração dos indicadores	90
Quadro 13. Análise categorial: processo de definição de metas	91
Quadro 14. Análise categorial: processo de definição de metas - geral.....	100
Quadro 15. Análise categorial: motivos pela inadequação do sistema de recompensas.....	103
Quadro 16. Análise categorial: sugestões para o sistema de recompensas	104
Quadro 17. Análise categorial: motivos pelo desconhecimento da estratégia da entidade	111
Quadro 18. Alocação dos objetivos da entidade no modelo PVS.....	113
Quadro 19. Novos objetivos com base no modelo PVS	114
Quadro 20. Grupo e sujeitos mapeados para a proposta de PVS.....	115
Quadro 21. Proposta de PVS para a Direção Geral	120
Quadro 22. Cascadeamento dos indicadores da modelagem conceitual do PVS para Unidades Gerenciais e Coordenações.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. As barreiras para implantar estratégia.....	27
Figura 2. Processo de controle gerencial – implementando e reformulado as estratégias organizacionais	28
Figura 3. Traduzindo visão e estratégia: quatro perspectivas	35
Figura 4. Como uma companhia ligou as medidas entre as quatro perspectivas	37
Figura 5. Modelo do Public Value Scorecard para accountability e avaliação de desempenho.....	45
Figura 6. O processo de institucionalização	48
Figura 7. Passos para o desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho.....	50
Figura 8. Fases de desenvolvimento de um sistema de AD.....	51
Figura 9. Desenho da pesquisa.....	59
Figura 10. Organograma geral do HC/UFPR	80
Figura 11. Organograma para proposta do sistema de AD	108
Figura 12. Cascadeamento dos indicadores da modelagem conceitual do PVS para Diretorias, Assessorias, Comitês e Comissões	121

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABC	<i>Activity-Based Costing</i>
ABCM	<i>Activity-Based Costing Management</i>
ABRAHUE	Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino
AD	Avaliação de Desempenho
AGQ	Assessoria de Gestão da Qualidade
AMALICE	Associação Mara Ligia Cercal
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APACN	Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia
AUDIN	Auditoria Interna
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CAM-I	<i>Computer-Aided Manufacturing Internacional</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEMEPAR	Centro de Medicamentos Básicos do Paraná
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CG	Contabilidade Gerencial
CGU	Controladoria-Geral da União
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COAD	Conselho de Administração
CODIR	Conselho Diretor
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRC	Conselho Regional de Contabilidade
CREA	Conselho Regional de Engenharia e Agronomia
CREHUF	Coordenação do REHUF
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRTR	Conselho Regional dos Técnicos em Radiologia
DAGA	Departamento de Administração Geral e Aplicada
DEPE	Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEA/USP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Univer-

	cidade de São Paulo
FUNPAR	Fundação da Universidade Federal do Paraná
GIUG	Grupo de Implantação das Unidades Gerenciais
HC/UFGM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HC/UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IMD	<i>Internacional Institute for Management Development</i>
KPI	<i>Key Performance Indicators</i>
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NCO	<i>Northwest Culture Observatory</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PDTI	Plano Diretor de Tecnologia da Informação
PNH	Política Nacional de Humanização
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPG	Programa de Pós-Graduação
PR	Paraná
PVS	<i>Public Value Scorecard</i>
RDF	<i>Results and Determinants Framework</i>
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
ROI	Retorno sobre o Investimento
SEPLAN	Serviço de Planejamento
SINDITEST	Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Terceiro Grau Público de Curitiba, Região Metropolitana e Litoral do Estado do Paraná

SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TEV	Tromboembolismo venoso
UAB	Unidade de Abastecimento
UAD	Unidade de Apoio e Diagnóstico
UAMB	Unidade de Ambulatórios
UAP	Unidade de Administração de Pessoas
UCC	Unidade de Centro Cirúrgico
UCF	Unidade de Contabilidade e Finanças
UCIR	Unidade Cirúrgica
UCP	Unidade de Cardiovascular e Pneumologia
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFH	Unidade de Farmácia Hospitalar
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UHH	Unidade de Hotelaria Hospitalar
UHHO	Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia
UIE	Unidade de Infraestrutura
UINF	Unidade de Informação
UMRN	Unidade da Mulher e do Recém-Nascido
UND	Unidade de Nutrição e Dietética
UNICLIN	Unidade de Clínica Médica
UNIMULTI	Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico e Terapêutico
UNIR	Unidade de Imagem e Radioterapia
UNOFT	Unidade de Oftalmologia
UNORL	Unidade de Otorrino e Cirurgia Cervico-facial
UNP	Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria
UPED	Unidade de Pediatria
UUEA	Unidade de Urgência e Emergência Adulto
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Objetivo Geral	20
1.2.2 Objetivos Específicos	21
1.3 JUSTIFICATIVA	21
1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO	24
2.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	25
2.2 <i>PUBLIC VALUE SCORECARD</i>	39
2.3 PROCESSO DE MODELAGEM CONCEITUAL DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	47
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	58
3.1 CARÁTER TEÓRICO-METODOLÓGICO	58
3.1.1 Teoria de Base	58
3.1.2 Desenho da Pesquisa	59
3.1.3 Construtos e Definições Operacionais das Variáveis	60
3.2 ESTRATÉGIAS DE PLANEJAMENTO DA PESQUISA	61
3.2.1 Abordagem Metodológica	61
3.2.2 Abordagem com Relação ao Problema	63
3.2.3 Abordagem com Relação ao Objetivo do Estudo	64
3.2.4 Abordagem Quanto a Estratégia de Pesquisa	64
3.2.5 Abordagem Quanto as Técnicas de Coleta de Dados	65
3.2.6 Abordagem Quanto aos Efeitos do Pesquisador nas Variáveis	66
3.2.7 Abordagem Quanto à Dimensão do Tempo	66
3.2.8 Abordagem Quanto ao Escopo do Estudo	66
3.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	66
3.4 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO DE CASO ÚNICO	68
3.4.1 Planos para Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa	68
3.4.2 Local de Realização da Pesquisa e Infraestrutura	69
3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DE DADOS	69
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	70
3.6.1 Análise Crítica de Riscos	71
3.7 PROCEDIMENTOS DE CAMPO	72
3.7.1 Escopo do Sistema de Avaliação de Desempenho	72

3.7.2 Entrevistas de Diagnóstico.....	73
3.7.3 Entrevistas para <i>Design</i> do Sistema de Avaliação de Desempenho.....	75
3.7.3.1 Entrevista com a Direção Geral.....	75
3.7.3.2 Entrevistas com os Diretores e Assessorias Subordinados.....	76
3.7.3.3 Entrevistas com as Unidades e Áreas Semelhantes Subordinadas.....	76
4 ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE A REALIDADE ESTUDADA	78
4.1 O CASO	78
4.1.1 Caracterização	78
4.1.2 Estrutura Hierárquica.....	79
4.1.3 Planejamento Estratégico.....	82
4.1.4 Contratos de Gestão Vigentes	82
4.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VIGENTES	84
4.2.1 Sobre o Plano Estratégico.....	84
4.2.2 Sobre o Alinhamento dos Contratos de Gestão com a Estratégia	86
4.2.3 Sobre a Abrangência dos Contratos de Gestão	93
4.2.4 Sobre o Processo de Tomada de Decisão	96
4.2.5 Relatório sobre o Planejamento Estratégico e Avaliação de Desempenho Vigentes	105
4.3 MODELO CONCEITUAL DO <i>PUBLIC VALUE SCORECARD</i> PROPOSTO	106
4.3.1 Abrangência da Proposta do <i>Public Value Scorecard</i>	107
4.3.2 Composição da Proposta do <i>Public Value Scorecard</i>	109
4.3.3 Reflexões sobre Próximos Passos para Institucionalização do <i>Public Value Scorecard</i>	126
5 CONCLUSÕES	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
APÊNDICES	150

1 INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, os serviços disponibilizados para a assistência à saúde têm recebido especial atenção nos últimos anos, em particular tratando de preocupações acerca da qualidade dos serviços oferecidos à população, sendo que diversas pesquisas são capazes de expressar tal inquietação. Levantamento realizado pelo instituto de pesquisas IBOPE em maio/2010 contrastou a evolução das preocupações nacionais ao longo de 23 anos de democracia, revelando a progresso relacionado aos serviços de assistência à saúde.

Constatou-se que, no ano de 1989, a saúde ocupava a segunda posição dentre as principais preocupações dos brasileiros (49% dos respondentes), atrás apenas da inflação (57% dos respondentes), e no ano de 2010 ocupou a primeira posição dentre as preocupações da população (66% dos respondentes), seguida pela segurança pública (42% dos respondentes) (Ibope, 2012). No ano de 2011, pesquisa promovida pelo instituto Datafolha confirmou a saúde como a principal preocupação dos brasileiros, apontada por 31% dos entrevistados como o principal problema do país em inquérito não estimulado (Datafolha, 2012). Em 2013, o mesmo instituto realizou levantamento semelhante, em que 48% dos respondentes apontaram a saúde como principal problema do país (Datafolha, 2013), o que demonstra um constante avanço de exigências da população brasileira nessa pauta.

O desempenho insatisfatório dos serviços públicos de assistência à saúde pode ser revelado por meio do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), indicador síntese que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao acesso e à efetividade da atenção básica, ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência, tendo como foco o usuário do SUS residente em cada município brasileiro (Portal da Saúde, 2012).

O IDSUS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, possui como finalidades: (i) avaliar o desempenho do SUS a nível federal, estadual, regional e municipal; (ii) avaliar o acesso e a efetividade dos serviços prestados em todos os níveis de atenção e; (iii) expressar tal avaliação por meio de análise de indicadores simples e compostos (Ministério da Saúde, 2011). Como resultado da avaliação realizada no ano de 2011, o Ministério da Saúde atribuiu à saúde pública brasileira uma nota 5,4, com base em uma escala de 0 a 10, revelando que apenas 1,9% da população do

país vive nos 347 municípios cujos serviços obtiveram notas acima de 7,0, conceito considerado aceitável pelo órgão (Nalon, 2012).

Como possível justificativa desse desempenho insatisfatório, e consequente aumento da preocupação da população brasileira com os serviços públicos de assistência à saúde, Coleman, Moreira e Sanchez (1998) afirmam que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dificuldades para o alcance de seu funcionamento desejado devido às necessidades de maior financiamento e problemas com sua eficiência administrativa.

Com isto, a má administração dos recursos públicos disponíveis, que traz como consequências a ocorrência de desperdícios de verbas e indícios de corrupção, pode ser considerada como um dos principais problemas a serem combatidos pelos gestores públicos para melhoria dos níveis de atendimento da área (Galindo, 2011; Maltchik, 2011).

Dentre os artefatos de controle gerencial existentes, destacam-se aqueles destinados a promover a avaliação de desempenho das organizações que, no caso das entidades sem finalidades lucrativas, podem demonstrar se os seus propósitos sociais estão sendo atendidos. É nessa perspectiva que surge o *Public Value Scorecard* (PVS), artefato estratégico de avaliação de desempenho baseado no *Balanced Scorecard* (BSC) voltado a atender entidades sem fins lucrativos, como as entidades públicas de assistência à saúde.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Considerando a necessidade de mecanismos em entidades públicas de assistência à saúde que englobem indicadores de desempenho e planos com metas que possibilitem o acompanhamento da qualidade dos serviços prestados à população (Pimentel, 2011), traz-se à tona a afirmação de Kaplan (2009), de que a mensuração é fundamental para gestores e para pesquisadores, trazendo uma frase do cientista britânico Willian Thompson (1883), que afirma que “se você não pode medir você não pode melhorar” (p. 1253) (tradução livre) ¹.

¹ *If you can not measure it, you can not improve it.*

Nesse sentido, a Contabilidade Gerencial pode contribuir para tal necessidade, fornecendo artefatos como os sistemas de avaliação de desempenho, frequentemente recomendados por serem capazes de auxiliar a implantação de estratégias e conduzir as entidades à melhoria do desempenho (Franco-Santos, Lucianetti & Bourne, 2012). Porém, é salutar a observância do campo institucional, com fatores contextuais e culturais, premissas e modelos de gestão, para a escolha do sistema de avaliação mais adequado para a condução da estratégia definida (Gomes & Amat, 1995; Espejo, Cruz, Costa & Almeida, 2009; Rocha & Guerreiro, 2010).

Diante disso, convém ressaltar que a ausência de integração entre a estratégia e os indicadores de desempenho pode conduzir à realização de esforços em sentido distinto do que foi traçado pela empresa, problemas na priorização das ações estratégicas e confusão gerencial. Ainda, a ausência de indicadores ligados ao plano concebido conduz a dúvidas se a empresa está no rumo do alcance da estratégia definida (Muller, 2003). Não obstante, a adoção de modelos oriundos de empresas privadas demanda adaptações em entidades com características distintas, considerando que as prioridades de cada tipo de organização não podem ser confundidas para a adequada condução à estratégia adotada (Kaplan, 2009).

O *Public Value Scorecard*, ferramenta concebida pelo professor Mark H. Moore, apresenta-se como uma alternativa de artefato estratégico de avaliação de desempenho para entidades sem finalidades lucrativas, como é o caso de instituições que atuam no âmbito da assistência pública à saúde. O *Public Value Scorecard* engloba a estratégia do valor público, que chama a atenção dos gestores dessas entidades para três perspectivas: missão social, legitimidade e apoio e capacidades operacionais. O cômputo dessas perspectivas é importante para que os gestores possam conduzir a entidade a uma estratégia sustentável e de criação de valor (Moore, 2003).

Zhang e Wang (2010) afirmam que o PVS pode ser considerado uma plataforma eficaz que caracteriza adequadamente o ambiente operacional peculiar das entidades hospitalares públicas, especialmente por focar o valor público e a efetividade dos serviços prestados, elementos importantes da estratégia dessas instituições. Porém, conforme ressaltam os autores, a literatura acadêmica carece de modelos teóricos e evidências empíricas sobre o PVS para entidades hospitalares públicas – onde se incluem os hospitais universitários –, sendo especialmente

requeridas investigações que identifiquem indicadores e metas para as três perspectivas presentes no modelo.

Tendo em vista a inexistência de modelos conceituais na literatura acadêmica que apresentem indicadores e metas baseadas no *Public Value Scorecard* que estejam integrados à estratégia de organizações hospitalares públicas, como os hospitais universitários, a presente investigação procura responder a seguinte questão: **como desenvolver um modelo conceitual do *Public Value Scorecard* integrado ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal?**

Com isso, a presente pesquisa possui como pressuposto, tendo em vista principalmente os argumentos de Zhang e Wang (2010), que o *Public Value Scorecard* é um artefato de controle gerencial que pode ser integrado ao planejamento estratégico de uma instituição hospitalar pública, como um hospital universitário federal, por seu enfoque no valor público e nos impactos sociais, ou seja, alinhado com o contexto institucional dessas organizações.

1.2 OBJETIVOS

Considerando o problema de pesquisa citado, optou-se nesse estudo pelo desmembramento dos objetivos dessa pesquisa em geral e específicos, para que esses sejam capazes de conduzir e direcionar as ações necessárias para a resolução da questão de pesquisa proposta.

Gil (2002) conceitua os objetivos gerais da seguinte forma: “Os objetivos gerais são pontos de partida, indicam uma direção a seguir, mas, na maioria dos casos, não possibilitam que se parta para a investigação. Logo, precisam ser redefinidos, esclarecidos, delimitados. Daí surge os objetivos específicos da pesquisa” (p. 111).

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é desenvolver um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* (PVS) que esteja integrado ao planejamento estratégico do hospital universitário federal objeto desse

estudo.

1.2.2 Objetivos Específicos

O objetivo geral pode ser subdividido nos seguintes objetivos específicos:

- a. Justificar a importância do *Public Value Scorecard* como um artefato de Controle Gerencial capaz de se integrar ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal;
- b. Propor um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* para o hospital universitário federal objeto de estudo.

1.3 JUSTIFICATIVA

A realização da presente investigação é justificada principalmente por conta da escassez de fontes bibliográficas sobre o *Public Value Scorecard* no Brasil e no mundo, em especial quanto a modelos conceituais que apresentem indicadores e metas baseados nas considerações apresentadas na proposta de Moore (2003) em organizações hospitalares públicas, como defendem Zhang e Wang (2010).

Em hospitais universitários federais no Brasil, nota-se que não há precedentes de aplicação desse modelo de avaliação de desempenho de acordo com a literatura acadêmica. Portulhak, Martins e Espejo (2013) indicaram, em um levantamento realizado em 13 hospitais universitários federais brasileiros, que 31% dessas organizações utilizavam alguma prática de avaliação de desempenho, sendo o *Performance Measurement Questionnaire (PMS)* o modelo mais adotado, sendo ainda utilizado o *Cambridge Performance Measurement Framework (CPMF)*, *Balanced Scorecard (BSC)*, *Activity Based Management (ABM)* nas entidades respondentes.

Ou seja, além da adoção de sistemas de avaliação de desempenho por hospitais universitários federais poder ser considerada incipiente, não foi identificado precedente de adoção do *Public Value Scorecard (PVS)* nessas instituições. Com isso, a elaboração de uma proposta de modelo conceitual de PVS para um hospital universitário federal pode fornecer à literatura acadêmica uma nova possibilidade de

sistema de avaliação de desempenho que possa ser integrada à estratégia dessas entidades.

Langfield-Smith (2005) acrescenta que a realização de pesquisas que envolvem a relação entre sistemas de contabilidade gerencial e estratégia tem fornecido importantes implicações práticas para o desenvolvimento desses sistemas e para a implantação de estratégias em diversas organizações. Ainda, a característica de proposta de ação que possui esse estudo pode contribuir para a diminuição do *gap* existente entre teoria e prática na Contabilidade Gerencial (Scapens, 1994; Hansen, Otley & Van Der Stede, 2003), visto a baixa ocorrência de adoção de conceitos e artefatos modernos de Contabilidade Gerencial na prática (Hansen et al., 2003; Guerreiro, Frezatti & Casado, 2004). Com isso, a reflexão realizada até então se consubstancia em justificativas práticas e sociais esperadas com a realização do estudo em tela.

Quanto às justificativas teóricas, espera-se ainda que essa investigação possa ser incorporada ao rol de pesquisas acadêmicas sobre controle gerencial em entidades pertencentes ao setor público, que se encontra com pouca disponibilidade de materiais oriundos de investigações empíricas no Brasil (Silva & Fonseca, 2009). Além disso, a realização de um estudo de caso é respaldada pela necessidade e importância de pesquisas científicas que envolvem contabilidade gerencial e controle gerencial com essa modalidade de estratégia de pesquisa, situação apontada por Otley e Berry (1994), Scapens (1994) e Otley (2008).

Acrescenta-se à justificativa do desenvolvimento dessa investigação o interesse do autor pelo assunto a ser desenvolvido, ao estudar e avaliar práticas de controle gerencial inerentes à sua área de atuação que possam ser adaptadas e utilizadas em uma instituição pública que atua na promoção de assistência à saúde, capazes de propiciar benefícios para a organização e, em consequência, para a população que necessita utilizar esse serviço. Tal interesse é reforçado devido à atuação profissional do autor na entidade objeto de estudo.

Finalmente, essa investigação consta dentre os interesses da linha de pesquisa em Contabilidade Gerencial do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Contabilidade da Universidade Federal do Paraná, bem como do grupo de pesquisa Laboratório de Controle Gerencial e Teorias Organizacionais Aplicadas.

1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

De modo a clarificar os objetivos e melhorar o entendimento sobre o assunto tratado nessa investigação, expõe-se o seguinte delineamento da pesquisa:

- Delimitação quanto à entidade objeto de estudo: foi realizado um estudo de caso em um hospital universitário federal, ou seja, uma instituição voltada à assistência à saúde pertencente ao Estado (portanto, sem fins lucrativos), vinculada a uma universidade federal (subordinada ao Ministério da Educação – MEC), que promove, além da assistência à saúde à população, atividades de ensino, pesquisa e extensão. Para essa pesquisa, escolheu-se, por conveniência, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR);
- Delimitação quanto aos indivíduos entrevistados: para a realização das entrevistas, foram selecionados os gestores responsáveis pelas diretorias, assessorias, unidades funcionais e estruturas assemelhadas (definidas de acordo com entrevista com a Direção Geral e análise documental). A escolha foi realizada com base na estrutura hierárquica da entidade e no impacto que tais estruturas funcionais possuem na consecução da estratégia da entidade, em termos de custos e processos. Com isso, não foram consideradas para essa investigação as lideranças dos serviços e seções situadas em posições inferiores às unidades funcionais;
- Delimitação quanto ao artefato de controle gerencial: a presente investigação propõe um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado na obra de Moore (2003), o *Public Value Scorecard* (PVS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO

Visando o alcance satisfatório dos objetivos delimitados para essa investigação, faz-se necessário realizar uma revisão bibliográfica sobre os tópicos relacionados a essa pesquisa, para que esse sirva como arcabouço para o desenvolvimento e obtenção de conclusões da pesquisa de forma adequada.

Para Lakatos e Marconi (1996), a pesquisa bibliográfica é considerada o primeiro passo de toda pesquisa científica, com o intuito de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que já foi escrito sobre o assunto abordado, permitindo-o reforçar a análise de suas pesquisas e manipulação de informações. Bryman (2012) afirma que a revisão da literatura existente sobre um determinado tema é capaz de desenvolver argumentos sobre a importância da pesquisa, além de ser um elemento que contribui no esclarecimento da forma como a pesquisa será conduzida.

Bryman (2012) destaca que a busca por fontes bibliográficas deve ser guiada pelas questões de pesquisa. Considerando essa afirmação e, de modo a promover coerência entre a questão de pesquisa delimitada e as informações que serão necessárias para o seu desenvolvimento, a obtenção do marco teórico-empírico de referência foi norteada pelos objetivos específicos já delimitados, considerando os itens “a” e “b” como aqueles que demandam informações sobre o que já é conhecido academicamente sobre os assuntos correlatos, como demonstrado por meio do Quadro 1.

Objetivo Específico	Tópicos Relacionados
a. Justificar a importância do <i>Public Value Scorecard</i> como um artefato de Controle Gerencial capaz de se integrar ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal	Avaliação de Desempenho
	<i>Public Value Scorecard</i>
b. Propor um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no <i>Public Value Scorecard</i> para o hospital universitário federal objeto de estudo.	Processo de modelagem conceitual de avaliação de desempenho

Quadro 1. Estrutura do referencial teórico-empírico

Fonte: Elaborado pelo autor

A busca por publicações para a montagem do referencial teórico-empírico apresentado se deu essencialmente no Portal Periódicos CAPES ², com pesquisas sistemáticas por meio de palavras-chave relacionadas aos tópicos elencados. De modo complementar, buscou-se para composição desse referencial teórico-empírico materiais acadêmicos pela ferramenta Google Scholar ³ e em livros relacionados aos assuntos abordados, tendo em vista sua acessibilidade.

2.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A informação possui papel preponderante no processo de gestão de entidades. Em relação à importância da informação para a gestão e o papel da contabilidade neste contexto, Guerreiro (1992) apresenta o seguinte entendimento:

Os gestores têm uma grande dependência do recurso “informação”. A informação é a matéria-prima do processo de tomada de decisão. A informação útil é aquela que atende as necessidades específicas dos gestores, segundo as áreas que atuam, operações que desenvolvem e conceitos que lhes façam sentido lógico. Os sistemas de informações contábeis devem ser configurados de forma a atender eficientemente as necessidades informativas de seus usuários, bem como incorporar conceitos, políticas e procedimentos que motivem e estimulem o gestor a tomar as melhores decisões para a empresa. (p. 2)

Nesse contexto, a contabilidade gerencial está ligada ao processo de identificar, mensurar, acumular, analisar, preparar, interpretar e comunicar informações que auxiliem os gestores a atingir os objetivos organizacionais (Horngren, Sundem & Stratton, 2004).

A contabilidade gerencial faz parte do controle gerencial, e desde seu surgimento é voltada a atender os propósitos de planejamento e gestão de curto e de longo prazo das organizações (Horngren, 1965, citado por Espejo, 2008). Anthony (1965, citado por Otley, 1994) define controle gerencial como “o processo em que os gestores asseguram que os recursos estão sendo obtidos e utilizados de forma eficiente e eficaz para o cumprimento dos objetivos organizacionais” (p. 289) (tradução livre) ⁴, configurando-se, para Otley (1994), como uma atividade-chave

² <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

³ <http://scholar.google.com.br/>

⁴ *The process by which managers ensure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives.*

para qualquer organização no ambiente empresarial por sua capacidade de combinar as necessidades das corporações contemporâneas.

Para Mosimann e Fisch (1999), o controle apresenta-se como um instrumento administrativo exigido por conta da crescente complexidade das organizações, aplicado com o propósito de alcance de um desempenho satisfatório, visando salvaguardar o patrimônio e definir o rumo da empresa, dessa forma garantindo sua continuidade e o cumprimento de sua missão.

Os mesmos autores conceituam a função de controle administrativo como “uma fase do processo decisório em que, com base no sistema de informações, é avaliada a eficácia empresarial e de cada área (não apenas em termos econômicos), resultando daí ações que se destinam a corrigir eventuais distorções” (Mosimann & Fisch, 1999, p. 72). Merchant e Van Der Stede (2007) destacam que o controle é função crítica da administração, e que negligenciá-lo pode contribuir para que a entidade sofra perdas relevantes ou comprometa sua continuidade.

Muitos debates ocorridos durante a década de 1990 sobre a contabilidade gerencial tratavam de sua capacidade de enquadrar e conceituar questões estratégicas nas organizações, sendo essa a chave para a recuperação de sua relevância (Johnson & Kaplan, 1987; Chenhall & Langfield-Smith, 1998; Hansen & Mouritsen, 2005). Com isto, segundo Henri (2006), o conceito de controle gerencial consagrado por Anthony (1965) baseado em práticas de controle formal e sistemas de *feedback* ampliou-se por conta da capacidade atual destes sistemas de fornecer flexibilidade e auxiliar na mudança organizacional, fomentando inovação e aprendizado organizacional.

Shank e Govindarajan (1997) afirmam que a contabilidade existe na administração principalmente para facilitar o desenvolvimento e interpretação da estratégia de negócios, possuindo papel importante na formulação e comunicação de estratégias, desenvolvimento de táticas para colocar as estratégias em ação, e no monitoramento e implantação de controles para monitorar o alcance das metas estabelecidas.

Para Mintzberg (1987), a estratégia representa um plano conscientemente formulado. Porém a realidade é diferente. O planejamento nas organizações é frequentemente visto como estratégias emergentes e não sistemáticas. Niven (2002) demonstra barreiras presentes na implantação da estratégia definida pelas organizações, como demonstrado por meio da Figura 1.

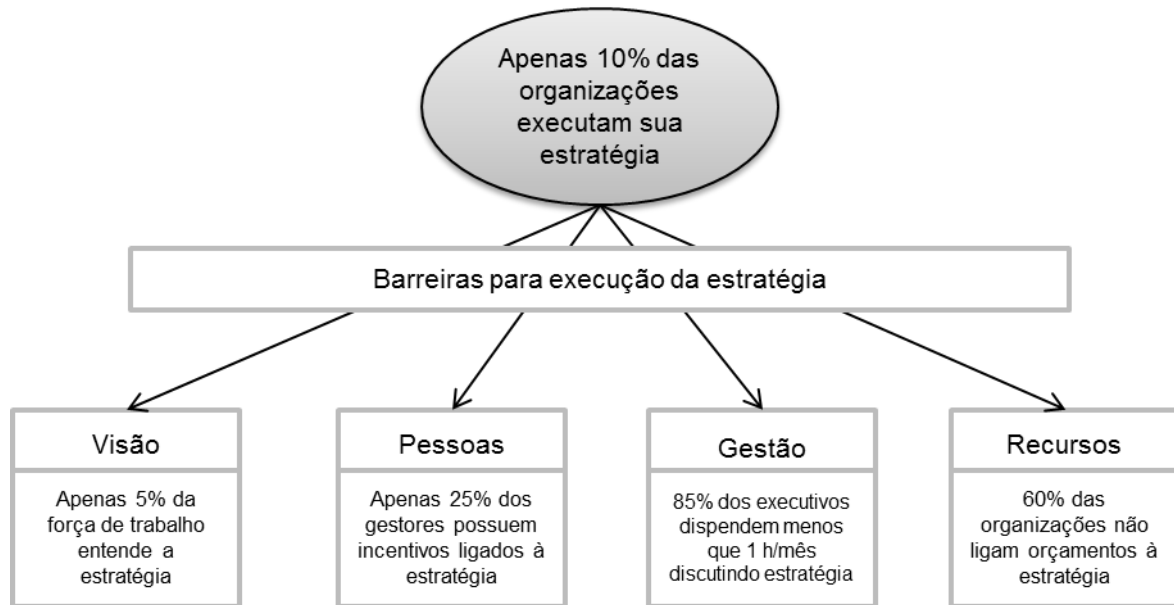


Figura 1. As barreiras para implantar estratégia
 Fonte: Niven (2002)

Considerando o contexto apresentado por Niven (2002), recorre-se à afirmação de Kaplan e Norton (2001), ao considerarem que para que uma entidade seja capaz de manter a estratégia como foco do seu processo de gestão, cinco princípios devem ser observados: (i) traduzir a estratégia para termos operacionais; (ii) alinhar a organização para a estratégia; (iii) fazer da estratégia o trabalho do dia-a-dia de cada um; (iv) fazer da estratégia um processo contínuo de construção; (v) mobilizar o processo de mudança por meio da liderança executiva.

Nesse âmbito, a contabilidade gerencial apresentou evolução para atendimento dessas necessidades, já que, conforme Ittner, Larcker e Randall (2003) tal evolução passou pelo envolvimento de uma abordagem mais estratégica, tratando da identificação, mensuração e gestão dos principais direcionadores financeiros e não financeiros do sucesso da estratégia adotada. O processo de relacionamento entre o controle gerencial e a estratégia da organização pode ser observado por meio da Figura 2.

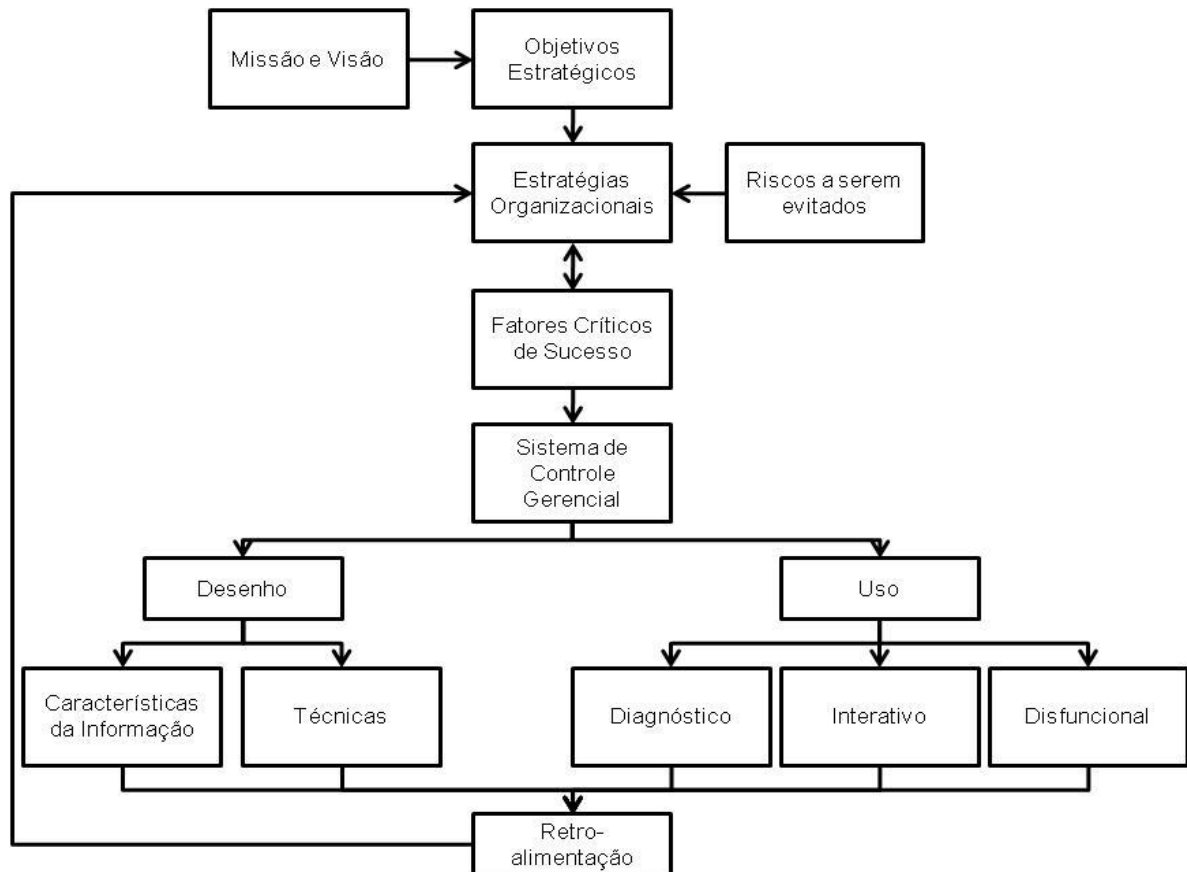


Figura 2. Processo de controle gerencial – implementando e reformulando as estratégias organizacionais

Fonte: Cruz, Mathias e Frezatti (2010)

A plataforma teórica expressa por meio da Figura 2, elaborada por Cruz, Mathias e Frezatti (2010) com base nas obras de Anthony e Govindarajan (2001), Simons (1994, 2000) e Ferreira e Otley (2006) expressa a influência da estratégia da organização no desenho e uso de um sistema de controle gerencial, e a contribuição dos resultados obtidos por meio deste sistema para a evolução da estratégia organizacional.

Com isso, Ferreira e Otley (2006) entendem que os atributos das informações geradas pelo sistema de informações gerenciais dependem das técnicas empregadas no planejamento estratégico e processo orçamentário, enquanto Espejo et al. (2009) afirmam que a opção de uma organização por uma determinada estratégia leva à demanda pela adoção de um artefato contábil gerencial capaz de suprir as demandas de informações específicas, sendo que o sucesso de uma organização pode estar condicionado pelo conteúdo orientativo das informações que os artefatos de contabilidade gerencial podem fornecer.

De acordo com Oyadomari, Mendonça Neto, Cardoso & Lima (2008),

artefatos de contabilidade gerencial podem ser definidos como “técnicas de planejamento e controle de gestão, que envolvem processos de mensuração, acumulação e comunicação de informações monetárias e não monetárias sobre aspectos das dimensões de desempenho da organização” (p. 56). Para Merchant e Van Der Stede (2007), sistemas de controle gerencial incluem sistemas e meios que permitem os gestores a assegurar que o comportamento e as decisões tomadas pelos colaboradores estejam de acordo com a estratégia da organização.

De acordo com Chenhall (2005), muitos sistemas de contabilidade gerencial possuem clara intenção de fornecer informações relacionadas com a estratégia. Na visão de Ittner e Larcker (2005):

Os principais objetivos dos sistemas de controle estratégicos são a comunicação da direção e das prioridades estratégicas, o desenvolvimento de mecanismos para determinar se a estratégia escolhida está alcançando seus objetivos, e o fornecimento de informações que possam ser usadas para modificar ações a fim de atingir os objetivos desejados. (p. 86) (tradução livre) ⁵

Com isto, Chenhall e Langfield-Smith (1998) e Kaplan (2009) afirmam que a formulação de tais sistemas (ou artefatos) de controle gerencial passa pela promoção de combinações de informações financeiras e não financeiras e foco explícito na estratégia da organização, sendo que as métricas não financeiras são capazes de prover informações sobre resultados futuros ou valor da firma que não podem ser visualizadas nos resultados atuais, possuindo dessa forma maior valor preditivo do que as métricas financeiras (Ittner & Larcker, 1998; Nørreklit, 2000; Hyvönen, 2005; Lau, 2011).

Dentre os artefatos de controle gerencial que podem englobar indicadores financeiros e não financeiros, inserem sistemas de avaliação de desempenho (AD). Otley (1994) afirma que “avaliação de desempenho e *accountability* continuam sendo os pilares sobre os quais se apoia o controle gerencial eficaz” (p. 296) (tradução livre) ⁶. Para Franco-Santos e Bourne (2005), “a avaliação de desempenho é uma pedra fundamental para a gestão moderna” (p. 115) (tradução livre) ⁷. Simons (1995) argumenta que os sistemas de avaliação de desempenho podem ser

⁵ *The key goals of strategic control systems are communicating strategic direction and priorities, developing mechanisms for determining whether the chosen strategy is achieving its objectives, and providing information that can be used to modify actions in order to achieve desired goals.*

⁶ *Performance appraisal and accountability still remain the cornerstones upon which effective management control rests.*

⁷ *Performance measurement is a fundamental cornerstone of modern management.*

utilizados pelos gestores como semáforos que sinalizam a ocorrência de sucesso nos fatores mais críticos da estratégia adotada.

De acordo com Neely, Gregory e Platts (1995), um sistema de avaliação de desempenho pode ser conceituado como “o conjunto de medidas utilizado para quantificar a eficiência e a eficácia das ações” (p. 81) (tradução livre) ⁸. Os sistemas de avaliação de desempenho são conceituados por Ferreira e Otley (2009) da seguinte forma:

Mecanismos, processos, sistemas e redes formais e informais utilizados pelas organizações para transmitir os objetivos e metas-chave suscitados pela gestão, para auxiliar o processo estratégico e gerenciamento contínuo por meio de análises, planejamento, mensuração, controle, recompensas e gestão de desempenho global, e para apoiar e facilitar o aprendizado organizacional e a mudança. (p. 264) (tradução livre) ⁹

Atkinson, Banker, Kaplan & Young (2011) citam que um dos papéis mais importantes do sistema de avaliação de desempenho de uma empresa é monitorar as trocas que são realizadas entre a empresa e cada grupo de *stakeholders*, o que permite que a organização determine se estão sendo satisfeitas as expectativas de ambos os lados e identificar problemas e oportunidades de melhoria.

De acordo com Micheli e Manzoni (2010), “se organizações querem perceber valor e se tornarem mais sustentáveis, é crucial entender como práticas apropriadas de sistemas estratégicos de avaliação de desempenho proporcionam melhor desempenho” (p. 466) (tradução livre) ¹⁰. Ainda, Nielsen e Ejler (2008) afirmam que a avaliação de desempenho possui dentre suas principais funções o aumento na possibilidade de tomada de decisão racional.

Para Elzinga, Albronda e Kluijtmans (2009), “um bom sistema de avaliação de desempenho consiste em um conjunto equilibrado de fatores que são críticos para o sucesso de uma companhia, e em um número limitado de indicadores que são a medida do desempenho organizacional” (p. 509) (tradução livre) ¹¹. De acordo com Abushaiba e Zainuddin (2012), os sistemas de avaliação de desempenho possuem

⁸ *The set of metrics used to quantify both the efficiency and effectiveness of actions.*

⁹ *formal and informal mechanisms, processes, systems, and networks used by organizations for conveying the key objectives and goals elicited by management, for assisting the strategic process and ongoing management through analysis, planning, measurement, control, rewarding, and broadly managing performance, and for supporting and facilitating organizational learning and change.*

¹⁰ *If organisations are to realise value and become more sustainable in the longer term, it is crucial to understand how appropriate SPM practices deliver improved performance.*

¹¹ *Presumably, a good performance management system consists of a balanced set of factors that are critical for the success of a company, and a limited number of indicators that are a measure for organizational performance*

papel crucial na implantação da estratégia de uma organização por ser capaz de transformar a estratégia da entidade em resultados e comportamentos desejados, além de comunicar as expectativas, monitorar a consecução dos objetivos, providenciar *feedback* e motivar os colaboradores para melhorar o desempenho da entidade. Nesse contexto, Banker, Chang e Pizzini (2004) ressaltam a existência de diversas evidências empíricas que demonstram relações positivas entre medidas de desempenho ligadas à estratégia com o desempenho geral da entidade no longo prazo.

Langfield-Smith (2005) ressalta que sistemas de avaliação de desempenho podem possuir diversos papéis dentro de uma organização, como ao conduzi-la para uma reflexão ou mudança da estratégia, ou influenciando o desempenho. Chenhall e Langfield-Smith (2003) e Veen-Dirks (2010) afirmam ainda que metas relacionadas ao desempenho podem direcionar os esforços dos colaboradores em direção aos principais critérios determinantes do sucesso da firma, especialmente quando essas estão ligadas aos indicadores financeiros e/ou não financeiros que compõem o sistema de avaliação de desempenho, e quando estão atreladas à recompensas.

Para Merchant e Van Der Stede (2007), a importância dos sistemas de avaliação de desempenho reside no fomento de atitudes e comportamento positivos dos envolvidos, indo ao encontro dos interesses da entidade e dos próprios colaboradores, pois, como depreende Waal (2003) tomando em consideração os pressupostos de Simons (2000) sobre o comportamento humano nas organizações, as pessoas gostam de realizar e demonstrar um bom desempenho em suas atividades laborativas, podendo um sistema de avaliação de desempenho, portanto, viabilizar anseios dos próprios colaboradores.

Ittner, Larcker e Randall (2003) argumentam que o elemento-chave para promover a ligação entre a estratégia e o desempenho de uma entidade é a identificação e mensuração de fatores específicos, chamados de “direcionadores de valor” que, ligados aos sistemas de avaliação de desempenho, capacita-os para melhorar a comunicação de ações específicas necessárias para o alcance da estratégia adotada, determinar metas que vão ao encontro com os direcionadores de valor, e agilizar o *feedback* sobre se a estratégia está alcançando seus objetivos.

Elzinga et al. (2009) destacam que, em levantamento conduzido por Lawson, Stratton e Hatch (2003) em 150 entidades, 2/3 dessas confirmam a ocorrência de benefícios significantes com a aplicação de sistemas de avaliação de desempenho,

como maior consciência dos colaboradores sobre a estratégia e objetivos da entidade e o consequente alinhamento de aperfeiçoamentos operacionais com a estratégia geral da organização.

Com base nas informações fornecidas por Garengo, Biazzo e Bititci (2005), Bortoluzzi, Ensslin, Ensslin e Vicente (2010) fornecem os seguintes elementos de sistemas de avaliação de desempenho, demonstrados por meio do Quadro 2.

Elementos de AD	Descrição
Alinhamento Estratégico	Estratégia é a dimensão fundamental do modelo. O sistema de avaliação de desempenho deve assegurar que as medidas adotadas são coerentes com a estratégia.
Desenvolvimento da Estratégia	Avaliação de desempenho ajuda a desenvolver os objetivos e estratégias pré-definidas.
Foco nos <i>Stakeholders</i>	Os sistemas de avaliação de desempenho devem atender aos diversos grupos de interesses.
Medidas financeiras e não financeiras	Os sistemas de avaliação de desempenho devem fazer uso de medidas financeiras e não financeiras
Adaptabilidade dinâmica	Os sistemas de avaliação de desempenho devem reagir rapidamente às mudanças nos contextos internos e externos.
Orientado por processo	A organização não é vista como uma estrutura hierárquica, mas como um conjunto coordenado de processos.
Profundidade/detalhamento	As medidas de desempenho são desenvolvidas em profundidade e abrangem com detalhes todas as áreas organizacionais.
Abrangência	Toda a organização é objeto de avaliação.
Relacionamento de causa e efeito	Verificar se existe relação entre os objetivos estratégicos e os operacionais.
Clareza e simplicidade	Ao fixar objetivos e medidas de desempenho, a metodologia deve ser simples e clara para comunicar a todos os envolvidos.

Quadro 2. Principais elementos dos sistemas de avaliação de desempenho
Fonte: Bortoluzzi et al. (2010)

Quanto aos fatores críticos de sucesso considerados por diversos profissionais para o uso efetivo de um sistema de avaliação de desempenho, Franco-Santos e Bourne (2005) consideram os fatores apresentados no Quadro 3 como os principais a serem observados.

Elzinga et al. (2009) ressaltam que a maneira como as pessoas utilizam as informações do sistema de avaliação de desempenho consiste como principal fator de sucesso de um sistema de avaliação de desempenho, sendo então os fatores comportamentais variáveis importantes a serem consideradas na sua implantação e utilização, em acordo com o exposto por Franco-Santos e Bourne (2005).

Categorias	Fatores	Subfatores
Processos	Design	Estrutura do sistema de avaliação de desempenho e mapa estratégico
		Medidas e metas
		Alinhamento e integração
		Infraestrutura de informação
	Implantação	Concordância e compromisso da alta gestão
		Capacitação, permissão e incentivo
		Comunicação
	Utilização	Revisão e atualização das medidas
		Análise de dados, interpretação, tomada de decisão e tomada de ação
		Recompensas
		Auxílio das medidas de desempenho às ferramentas e processos de gestão
Contexto	Interno	Estratégia da organização
		Cultura
		Estrutura organizacional e tamanho
	Externo	Negócio
		Ambiente

Quadro 3. Fatores críticos dos sistemas de avaliação de desempenho
Fonte: Franco-Santos e Bourne (2005)

Nos últimos vinte anos, observa-se o crescimento da adoção dos artefatos contemporâneos de avaliação de desempenho, sistemas que englobam indicadores financeiros e não financeiros com ligação direta com a estratégia da entidade, dentre os quais estão inseridos o *Key Performance Indicators* (KPI), o *Performance Prism* e o BSC (Franco-Santos et al., 2012).

Ittner, Larcker e Randall (2003), Gimbert, Bisbe e Mendoza (2010) e Micheli e Manzoni (2010) tratam estes mesmos artefatos como sistemas estratégicos de avaliação de desempenho, enfatizando seu papel na identificação e alinhamento dos processos e da tomada de decisão com a estratégia adotada. Já Hall (2008) e Lau (2011) tratam como sistemas abrangentes de avaliação de desempenho, porém acrescentando que esses são capazes de repassar informações sobre a cadeia de valor.

O avanço da adoção de sistemas de avaliação de desempenho por empresas é demonstrado por Rigby e Bilodeau (2005) ao apresentarem a pesquisa realizada pela empresa de consultoria Bain & Company, em que os resultados apontaram que 64% dos executivos da América do Norte e 57% dos respondentes de todo o mundo utilizam artefatos de avaliação de desempenho em suas companhias, o que demonstra a importância e reputação destes artefatos na prática gerencial.

Tratando sobre resultados práticos, Niven (2002) apresenta, com base em pesquisa realizada por Lingle e Schiemann (1996), resultados positivos obtidos por

empresas que adotam sistemas de avaliação de desempenho em contraste com empresas que não os adotam. Os resultados da pesquisa estão sumarizados no Quadro 4.

Perspectiva	Medida de sucesso	Organizações que utilizam	Organizações que não utilizam
Desempenho	Liderança do mercado nos últimos três anos	74%	44%
	Classificada financeiramente como uma das três maiores do ramo de negócios	83%	52%
	Sucesso no último esforço de mudança	97%	55%
Cultura	Acordo sobre estratégia	93%	37%
	Comunicação da estratégia	60%	8%
	Informação compartilhada abertamente e com franqueza	71%	30%

Quadro 4. A avaliação de desempenho traz resultados
Fonte: Niven (2002)

Na literatura acadêmica e na realidade empresarial, destaca-se o *Balanced Scorecard*, considerado um sistema estratégico de avaliação de desempenho (Ittner, Larcker & Randall, 2003; Gimbert et al., 2010; Micheli & Manzoni, 2010; Humphreys & Trotman, 2011), apresentado por Robert S. Kaplan e David T. Norton no ano de 1992 por meio do trabalho intitulado “*The Balanced Scorecard – Measures the Drive Performance*”. O BSC surgiu como uma resposta à relevância perdida pela contabilidade gerencial por sua falta de acompanhamento aos novos processos de negócio, posicionamento demarcado pela obra de Johnson e Kaplan (1987).

Nessa proposta, formulada após um ano de investigações em 12 companhias, as medidas financeiras são parte integrante da perspectiva financeira, enquanto as medidas operacionais são expressas em três outras perspectivas: clientes, processos internos e aprendizado e crescimento organizacional. Com isto, o modelo proposto leva o gestor a tomar atenção para quatro perspectivas de seu negócio – representadas por meio da Figura 3 – com o emprego de quatro questões básicas (Kaplan & Norton, 1992):

1. Como os clientes devem ser vistos? (perspectiva do cliente);
2. Em quê é preciso ser excelente? (perspectiva interna);
3. É possível continuar a melhorar e criar valor? (perspectiva do aprendizado e inovação);
4. De que forma os acionistas devem ser vistos? (perspectiva financeira).

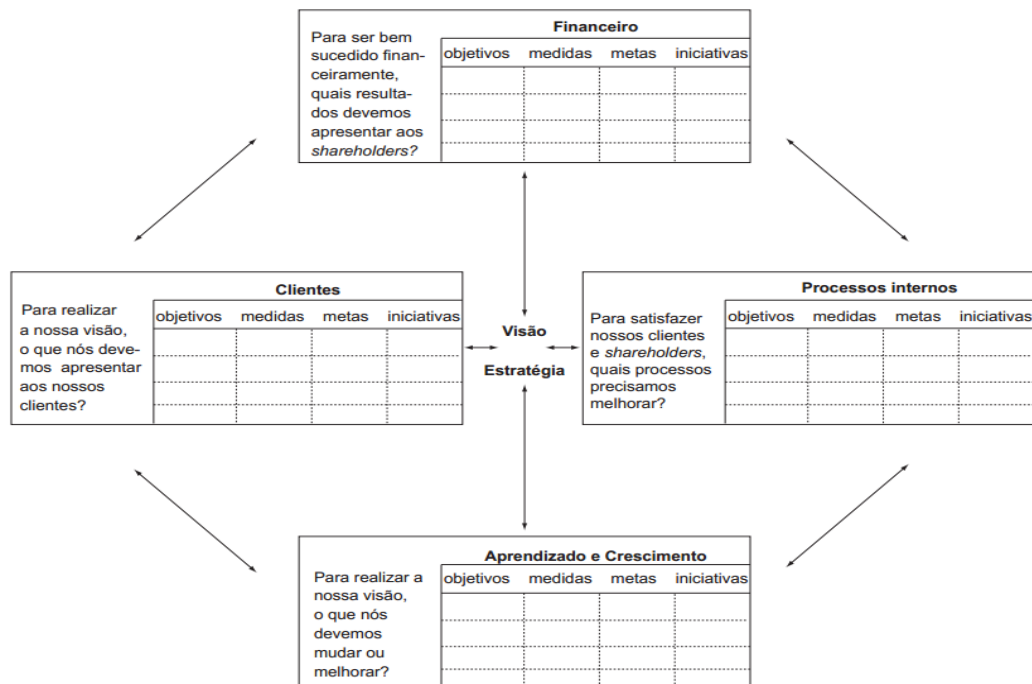


Figura 3. Traduzindo visão e estratégia: quatro perspectivas
Fonte: Prieto, Pereira, Carvalho e Laurindo (2006)

Dessa forma, os autores argumentam que o sistema composto por essas quatro perspectivas acaba forçando os gestores a focar apenas no conjunto de métricas que são mais críticas, constituindo a grande novidade por trás deste sistema: a ligação entre medidas não financeiras e a estratégia, não apenas a utilização de medidas não financeiras por si só (Nørreklit, 2000).

Ainda, essa abordagem é apresentada como tendo a vantagem de colocar a estratégia e a missão da entidade no centro da atenção, ao invés do controle, o que habilita os colaboradores da entidade a agir de acordo com a visão da organização. Adicionalmente, Mooraj, Oyon e Hostettler (1999) observam que o BSC é uma plataforma capaz de apoiar os gestores na determinação das prioridades, tamanho o foco evidenciado na missão e visão estabelecidas pela entidade.

Kaplan e Norton (1992) fazem uma analogia entre o BSC e um conjunto de seletores e indicadores no *cockpit* de um avião: da mesma forma que um piloto de avião necessita de diversas informações detalhadas sobre muitos aspectos do vôo que está realizando, o gestor de uma entidade também necessita de informações de desempenho detalhadas sobre diversas áreas de forma simultânea.

Os mesmos autores disponibilizam mais detalhes sobre cada perspectiva criada neste modelo:

- Clientes: geralmente, as informações necessárias para melhoria das relações com os clientes giram em torno de questões sobre tempo de processamento, qualidade, desempenho e nível de serviço, que devem ser traduzidas em medidas de desempenho;
- Processos internos: para que as demandas dos clientes sejam plenamente satisfeitas, é salutar uma atenção especial aos processos críticos internos. Fatores internos que podem impactar na satisfação do cliente podem ser, por exemplo, o tempo de ciclo, qualidade, habilidades dos colaboradores e produtividade. Atitude importante para o sucesso da utilização dessas medidas é o cascadeamento das metas aos níveis operacionais da firma que, com metas claramente definidas, poderão contribuir satisfatoriamente para a melhoria do desempenho organizacional;
- Aprendizado e crescimento: trata da habilidade da entidade de inovar, seja no lançamento de novos produtos ou na formulação de soluções para processos internos;
- Finanças: indica se a implantação e a execução da firma estão sendo contributivas para o resultado final da companhia, podendo ser expresso por medidas como: lucratividade, crescimento e valor agregado ao acionista.

Kaplan e Norton (1992) argumentam que, ao combinar essas quatro perspectivas, o BSC é capaz de ajudar os gestores a entender os inter-relacionamentos existentes entre desempenho operacional e financeiro, possibilitando diversas melhorias, inclusive no processo de tomada de decisão. Os mesmos autores apresentam na publicação *“Using the Balanced Scorecard as a strategic management system”*, em 1996, um exemplo de inter-relacionamento entre medidas pertencentes às quatro perspectivas, como demonstrado por meio da Figura 4.

Nessa obra, Kaplan e Norton reportam que diversas empresas estavam adotando o sistema de avaliação de desempenho proposto com diversos objetivos: (i) clarificar e atualizar a estratégia; (ii) alinhar metas individuais e das unidades com a estratégia; (iii) ligar os objetivos estratégicos com as metas de longo prazo e orçamentos; (iv) identificar e alinhar iniciativas estratégicas; (v) conduzir revisões periódicas do desempenho para o aprendizado e melhorias da estratégia (Kaplan e Norton, 1996).

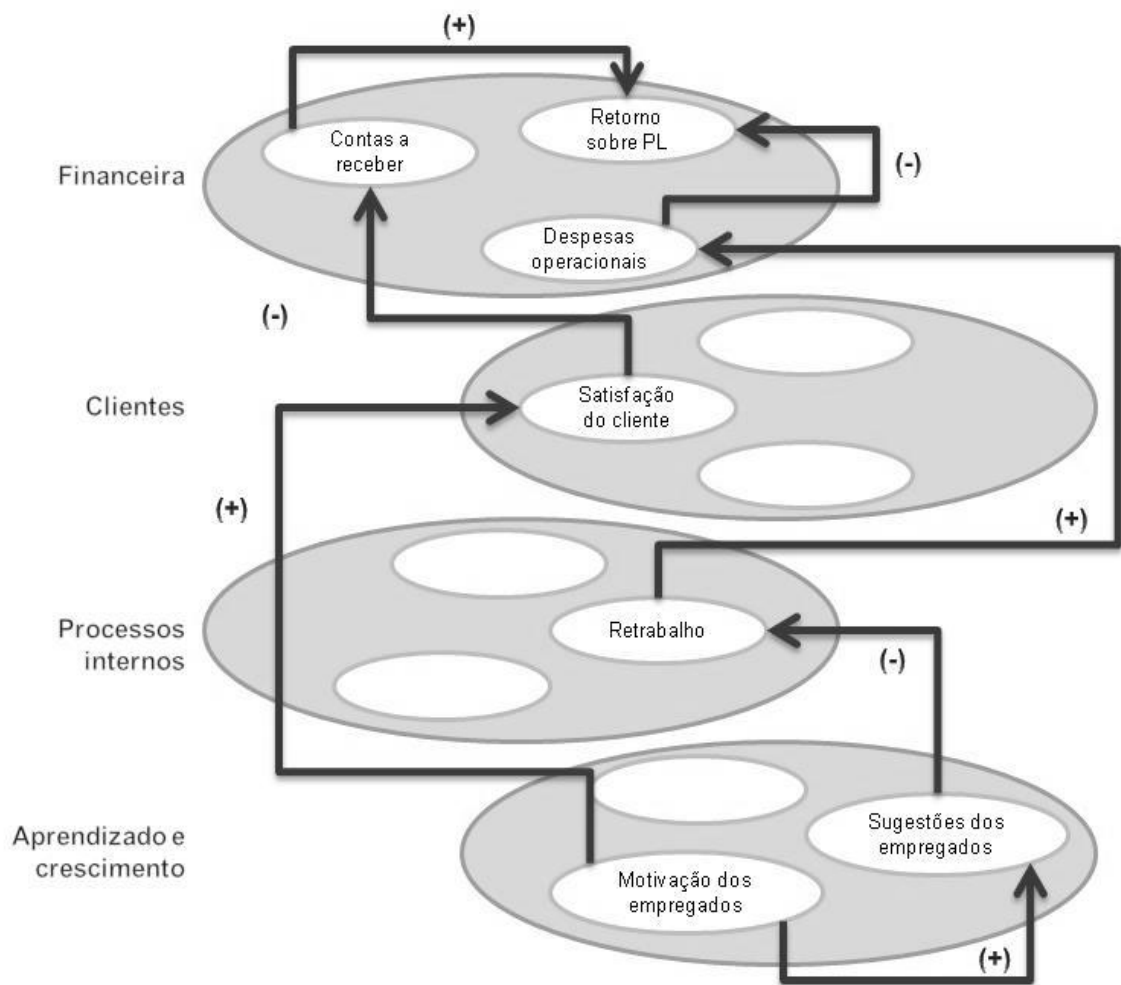


Figura 4. Como uma companhia ligou as medidas entre as quatro perspectivas
 Fonte: Kaplan e Norton (1996)

Uma das principais características dentre as apresentadas pela Figura 4 é a participação de todos os colaboradores na consecução da estratégia da entidade. Para Banker et al. (2004), sistemas baseados no modelo BSC habilitam os colaboradores dos vários níveis hierárquicos da organização a perceber como suas ações e medidas de desempenho contribuem para o desempenho de toda a entidade.

Niven (2003) aponta diversas características que podem apontar a necessidade de uma entidade em adotar um sistema estratégico de avaliação de desempenho, como o *Balanced Scorecard*. Estão entre elas: (i) significativo valor dos ativos intangíveis; (ii) falta de entendimento dos colaboradores sobre a missão e a visão da entidade; (iii) falta de entendimento dos colaboradores sobre sua contribuição à estratégia da organização por meio da execução das atividades rotineiras; (iv) existência de iniciativas sem ligação com a estratégia; (v) falta de

inter-relacionamento entre as diversas áreas da organização; (vi) definição das prioridades apenas para “apagar incêndios”; (vii) um ambiente organizacional em processo de mudanças; (ix) constante pressão dos *stakeholders* para apresentação de resultados; (x) tomada de decisão a curto prazo que pode causar prejuízos a longo prazo.

Com a popularização desse artefato, milhares de instituições privadas, públicas e sem fins lucrativos procederam com sua adoção nos 15 anos seguintes (Kaplan, 2009). Niven (2003) reitera o sucesso obtido por esse artefato junto às corporações ao afirmar que estimativas realizadas por volta do ano de 2003 apontavam que, pelo menos, 50% das empresas listadas dentre as *Fortune 1000* utilizam um sistema baseado no modelo *Balanced Scorecard*. Já a empresa de consultoria Bain & Company aponta o BSC como a sexta ferramenta gerencial mais utilizada por organizações em 2010, superado apenas por *benchmarking*, planejamento estratégico, declaração de missão e visão, gestão de relacionamento com clientes e *outsourcing* (Rigby & Bilodeau, 2011).

Por vários dos fatores listados, Ittner e Larcker (2001) entendem que o *Balanced Scorecard* está entre os desenvolvimentos mais importantes já realizados na área da Contabilidade Gerencial. Para a *Harvard Business Review*, o BSC é citado como umas ideias mais importantes que surgiram nos últimos setenta anos no âmbito gerencial (Meyer, 2002).

Tomando em discussão os elementos que compõem o escopo da Contabilidade Gerencial em uma entidade, deve-se manter em mente que não há um único sistema de contabilidade gerencial considerado como ideal, já que cada organização possui diferentes circunstâncias que levam a diferentes sistemas de contabilidade gerencial. Portanto, ao formular um sistema de contabilidade gerencial, deve-se considerar a cultura e contexto organizacional em que deve operar e ser utilizado, e ignorá-los seria como esquecer a essência e a razão de ser da própria Contabilidade (Gomes & Amat, 1995; Lopes, 2004; Atkinson et al., 2011; Zimmerman, 2011).

Desse modo, torna-se relevante a proposição de modelos de avaliação de desempenho que possam ser integrados ao contexto e a cultura de instituições específicas, sendo o *Public Value Scorecard*, adaptação realizada com base no *Balanced Scorecard*, uma alternativa existente na literatura acadêmica para entidades sem finalidades lucrativas.

2.2 PUBLIC VALUE SCORECARD

Dentre as entidades que possuem características contextuais e culturais que devem ser consideradas para a adoção de um sistema de avaliação de desempenho adequado, estão as entidades sem finalidades lucrativas, onde incluem-se as entidades públicas.

Bresser-Pereira e Spink (1998) afirmam que “é necessário que o Estado utilize práticas gerenciais modernas, sem perder de vista sua função eminentemente pública” (p. 7). Isso implica que a utilização de tais práticas não significa uma simples importação de práticas desenvolvidas em entidades privadas, mas sim o reconhecimento de que a abordagem gerencial é válida para as entidades públicas diante das novas funções do Estado em um novo ambiente global, demandando dessa forma adaptações para compatibilização com suas características particulares (Hofstede, 1981; Bresser-Pereira & Spink, 1998).

Para Ribeiro Filho (1997), o controle gerencial em uma entidade pública decorre das particularidades dessas entidades quando se relacionam com o meio externo, pois, conforme afirmam Propper e Wilson (2003), a forma como as entidades públicas e privadas reagem a determinados artefatos de controle gerencial e sistemas de incentivos ligados a tais ferramentas não podem ser consideradas como iguais.

Parafraseando Dixit (2002), Propper e Wilson (2003) afirmam que o setor público possui duas características importantes a serem consideradas: a primeira é a existência de diversos principais a servir, como os usuários dos serviços oferecidos, políticos inseridos nos diversos níveis de governo, além de organizações profissionais, o que conduz à existência de diversas finalidades, tarefas ou metas a serem alcançadas.

A segunda característica apontada por Dixit (2002) é justamente relacionada à teoria de agência no contexto do setor público. Propper e Wilson (2003) depreendem que um dos grupos que compõem o universo de principais do setor público, os políticos eleitos, possuem alta aversão ao risco por conta da impossibilidade de diversificar os efeitos de maus resultados, o que contraria um dos pressupostos da

teoria de agência padrão, que trata da postura neutra do principal com relação ao risco. Neste contexto, Propper e Wilson (2003) afirmam que há uma dificuldade em especial em medir o desempenho de entidades do setor público, visto a diversidade de principais e de tarefas que podem gerar indicadores conflitantes.

Ainda, podem-se incluir as ponderações de Anthony e Young (1994) sobre características específicas de entidades sem fins lucrativos (como as entidades públicas) que influenciam no desenvolvimento de controle gerencial: (i) ausência do lucro como medida principal; (ii) tendência de serem organizações prestadoras de serviços; (iii) confronto entre metas e estratégias; (iv) menor dependência de clientes para suporte financeiro; (v) dominação por parte de determinados profissionais; (vi) atuação de um conselho de dirigentes; (vii) descontinuidades administrativas; (viii) importância de influências políticas; (ix) tradição de controle gerencial inadequado.

Tais constatações são reforçadas por Bovaird (2005) e Fryer, Antony e Ogden (2009), ao relatarem que o desempenho em entidades pode possuir diversas perspectivas, considerando a pluralidade de interesses entre seus *stakeholders*, muitas vezes conflitantes. Enquanto políticos podem considerar o desempenho pelo ponto de vista da implantação de suas preferências ideológicas e de manutenção de seu grupo político no poder com a satisfação do eleitorado, as preferências dos usuários dos serviços públicos envolverão serviços com contínua melhoria de qualidade e disponibilidade, enquanto os contribuintes preferirão disponibilidade dos serviços públicos com concomitante diminuição dos tributos.

Tais fatores requerem atenção especial e acrescentam complexidade na construção de sistemas de avaliação de desempenho nessas entidades. Rantanen, Kulmala, Lönnqvist e Kujansivu (2007) agrupam os problemas possibilitados pela diversidade de *stakeholders* no setor público em duas situações principais: (i) levar em consideração todos os *stakeholders* no momento de definir as medidas de desempenho resultar em um conjunto de medidas que não satisfaça as necessidades de nenhum dos interessados; (ii) há uma dificuldade especial em estabelecer metas ou tomar decisões com base nas medidas de desempenho por conta da existência dos interesses conflitantes. Os mesmos autores argumentam que a implantação de um sistema de avaliação de desempenho é capaz e deve considerar essas particularidades para ser capaz de conciliar os múltiplos interesses.

Jones e Pendlebury (2010) destacam que a avaliação de desempenho no setor público está em um contexto mais específico, devendo levar os governantes a

atentar-se em aspectos relacionados ao fornecimento de serviços a indivíduos ou grupos específicos. Isso requer que tais serviços sejam medidos, de modo a verificar se o planejamento e a execução foram adequados, perfazendo-se dessa forma como uma ferramenta capaz de demonstrar a eficiência, a eficácia, a qualidade e a efetividade das ações promovidas pelas organizações que compõem determinado setor, inclusive influenciando na obtenção de apoio público para os governantes (Osbourne & Gaebler 1992, citado por Blaug, Horner & Lekhi, 2006; Ribeiro Filho, 1997; Bittar, 1997; Bonacim & Araújo, 2010; Jones & Pendlebury, 2010).

Tais especificidades são agravadas ao considerar as entidades hospitalares, que também podem compor o conjunto de serviços oferecidos pelo Estado (Eldenburg & Krishnan, 2007; Gapenski, 2007). Diversas características de organizações voltadas à assistência à saúde impõem desafios e adaptações para o desenvolvimento e implantação de sistemas de controle e de contabilidade gerencial, como os de avaliação de desempenho, dentre elas: (i) a complexidade dos processos principais; (ii) o controle desses processos por parte de profissionais dominantes; (iii) o frequente conflito de objetivos entre os diferentes *stakeholders*; (iv) o ambiente altamente regado em que essas organizações funcionam; (v) o pagamento pelos serviços realizados é realizado geralmente por outras partes que não são os próprios pacientes (Ribeiro Filho, 2005; Abernethy, Chua, Grafton & Mahama, 2007; Gapenski, 2007; Souza, Rodrigues, Lara, Guerra & Pereira, 2009; Evans, Hwang & Nagarajan, 2011).

Ao considerar os hospitais universitários, Bonacim e Araújo (2011) ressaltam que, além da necessidade da manutenção da qualidade da atenção clínica dispensada aos pacientes, a organização deve empregar esforços para fornecer atividades de ensino e pesquisa com qualidade, além da incumbência de serem referência em procedimentos e tecnologia de ponta, o que eleva consideravelmente seus custos, visto a diminuição dos repasses governamentais, o encarecimento dos procedimentos e medicamentos e envelhecimento da população (Aidemark, 2001; Souza et al., 2009).

A avaliação de desempenho é considerada importante, sendo amplamente utilizada em entidades públicas (Van Helden, Johnsen & Vakkuri, 2012), porém tem sido adotada a passos lentos nessas organizações (Niven, 2003; Bovaird, 2005), sendo que sua adoção é impulsionada especialmente mediante pressão de órgãos ou autoridades hierarquicamente superiores (Schiesari & Kisil, 2003; Rantanen et al.,

2007; Fryer et al., 2009).

Niven (2003) explica que tal relutância pode ser originada por inseguranças ao experimentar a implantação de artefatos oriundos da iniciativa privada, além de receios quanto à possibilidade de um desvio de foco da verdadeira missão orientadora da entidade. Tal situação conduz a proposições e aplicações de modelos inspirados na iniciativa privada, porém com as devidas adaptações (Lapsley & Wright, 2004).

Notam-se na literatura acadêmica, adaptações realizadas com base no *Balanced Scorecard* para entidades públicas (Niven, 2003; Lawrie, Cobbold & Marshall, 2004; Ghelman & Costa, 2006; Gomes, Ribeiro, Carvalho & Nogueira, 2007) e para entidades hospitalares do setor público (Aidemark, 2001; Gauld et al., 2011; Bisbe & Barrubés, 2012), surgindo ainda, nesse contexto, a proposta do *Public Value Scorecard* (Moore, 2003).

O *Public Value Scorecard* foi proposto originalmente por meio do *Working Paper* intitulado “*The Public Value Scorecard: A Rejoinder and an Alternative to "Strategic Performance Measurement and Management in Non-Profit Organizations" by Robert Kaplan*”, elaborado por Mark H. Moore em 2003.

Reconhecendo o sucesso obtido pelo *Balanced Scorecard* em diversas organizações, Moore (2003) baseia sua proposta especialmente sobre as fragilidades presentes na plataforma proposta por Robert S. Kaplan e David T. Norton na sua aplicação em entidades sem fins lucrativos.

Inicialmente, o trabalho enfatiza que as métricas não financeiras introduzidas no *Balanced Scorecard* possuem o propósito de apoiar os gestores a verificar de que forma manter um desempenho financeiro sustentável na entidade. Por outro lado, Moore (2003) afirma que “essencialmente, a meta final que organizações sem fins lucrativos buscam alcançar – o valor final que esperar criar para a sociedade – não é rentabilidade sustentável, mas a ambição social sublinhada em sua missão” (p. 7) (tradução livre) ¹².

Dessa forma, Moore (2003) argumenta que as medidas financeiras em entidades sem fins lucrativas não podem ser consideradas como o fim, mas sim como o meio para alcançar sua missão social, ou seja, medidas financeiras nessas

¹² Essentially, the ultimate goal that nonprofit organizations seek to achieve – the ultimate value they hope to create for society – is not sustained profitability, but the social ambitions outlined in their mission.

entidades deverão demonstrar se os recursos disponíveis estão sendo utilizados de forma eficiente para a consecução de resultados publicamente valiosos. Este é o mesmo entendimento demonstrado por Lawrie et al. (2004), que afirmam que dentre as diferentes prioridades estratégicas entre entidades públicas e privadas, destaca-se o menor foco em resultados financeiros e a noção diferente de valor.

O próprio Kaplan (2009) afirma que inicialmente o *Balanced Scorecard* foi desenvolvido para atender as necessidades de empresas do setor privado, porém foi estendido para diversas entidades públicas e sem fins lucrativos por poder auxiliá-las a selecionar um conjunto de medidas não financeiras para avaliar seu desempenho junto aos seus constituintes. Diante disto, o autor reconhece que a estrutura padrão do BSC não deve ser adotada em entidades públicas ou sem fins lucrativos, já que nessas o sucesso financeiro não é o principal objetivo.

Em segundo lugar, Moore (2003), também conforme Kaplan (2009), enfatiza as características diferenciadas dos clientes existentes em entidades sem fins lucrativas com relação aos clientes de entidades com fins lucrativos, o que leva a necessidade da expansão dessa perspectiva. O autor afirma que as primeiras possuem essencialmente dois tipos de clientes: os clientes *downstream*, representados por aqueles que recebem os produtos e serviços fornecidos pela organização mesmo sem pagar nada diretamente por isto, sendo por meio desses a realização da sua missão social; e os clientes *upstream*, que são aqueles que repassam recursos financeiros para as entidades sem fins lucrativos, sendo doadores de diversos tipos e o próprio governo, e de quem essas organizações dependem para a continuidade de sua missão. Com isso, argumenta-se que manter esses diferentes grupos de clientes satisfeitos difere de forma relevante do modelo de manutenção da lealdade de clientes existente em empresas privadas.

Finalmente, Moore (2003) ressalta a distorção existente no BSC quanto à existência implícita da busca de obtenção de vantagem competitiva em seu modelo para as entidades sem fins lucrativas. Mesmo considerando que, na prática, exista certa concorrência entre as entidades sem fins lucrativos em busca da obtenção de maior parcela de fundos doados ou repassados pelo governo, o que se espera é que haja cooperação dessas entidades em busca da obtenção de efetividade de suas ações, ou seja, que as ações tomadas de modo coordenado entre as entidades sem fins lucrativos gerem o resultado esperado diante de certo problema social, considerando que uma única entidade não seria capaz de solucionar o problema

abordado.

O autor, portanto, entende que essa particularidade deve ser considerada em um sistema de avaliação de desempenho para entidades sem fins lucrativos, considerando que “a alternativa deveria ser a cooperação com outras entidades em um esforço combinado para lidar com um problema social que vai além da capacidade de qualquer organização de modo isolado alcançar.” (Moore, 2003) (tradução livre) (p. 11) ¹³. Para Meynhardt (2012), a proposta do *Public Value Scorecard* é relevante para aplicação em entidades públicas, por ser capaz de discernir, mensurar e avaliar a criação de valor público em diferentes situações entre os mais diversos setores.

Com isso, o autor apresenta uma alternativa que possa ser útil a entidades sem fins lucrativos, considerando todas as observações realizadas sobre as deficiências existentes na aplicação do *Balanced Scorecard* nessas organizações. O *Public Value Scorecard* chama a atenção dos gestores dessas entidades para três perspectivas que podem contribuir para o alcance dos seus objetivos, representadas por meio da Figura 5.

A Figura 5 contempla, além das perspectivas, medidas importantes na opinião de Moore (2003) para a utilização do PVS como um sistema de avaliação de desempenho. O mesmo autor descreve cada uma das perspectivas e seus principais elementos, conforme a seguir:

- Missão social: envolve a missão e visão organizacional, os objetivos estratégicos, resultados, atividades e saídas que criam resultados. Essa perspectiva procura concentrar as questões-chave que constituem o valor que a entidade procura produzir à sociedade, o valor público a ser produzido;
- Capacidades operacionais: envolve saídas organizacionais, produtividade e eficiência, integridade financeira, desenvolvimento, moral e capacidades do staff e dos parceiros, aprendizado e inovação organizacional. Contempla essencialmente questões ligadas à capacidade da entidade realizar o que ela propõe em seus objetivos, seja por meio de sua capacidade interna ou capacidade de parceiros;

¹³ *The alternative would be to co-operate with other firms in a combined effort to deal with a social problem that was beyond the capacity of any single organization to achieve.*

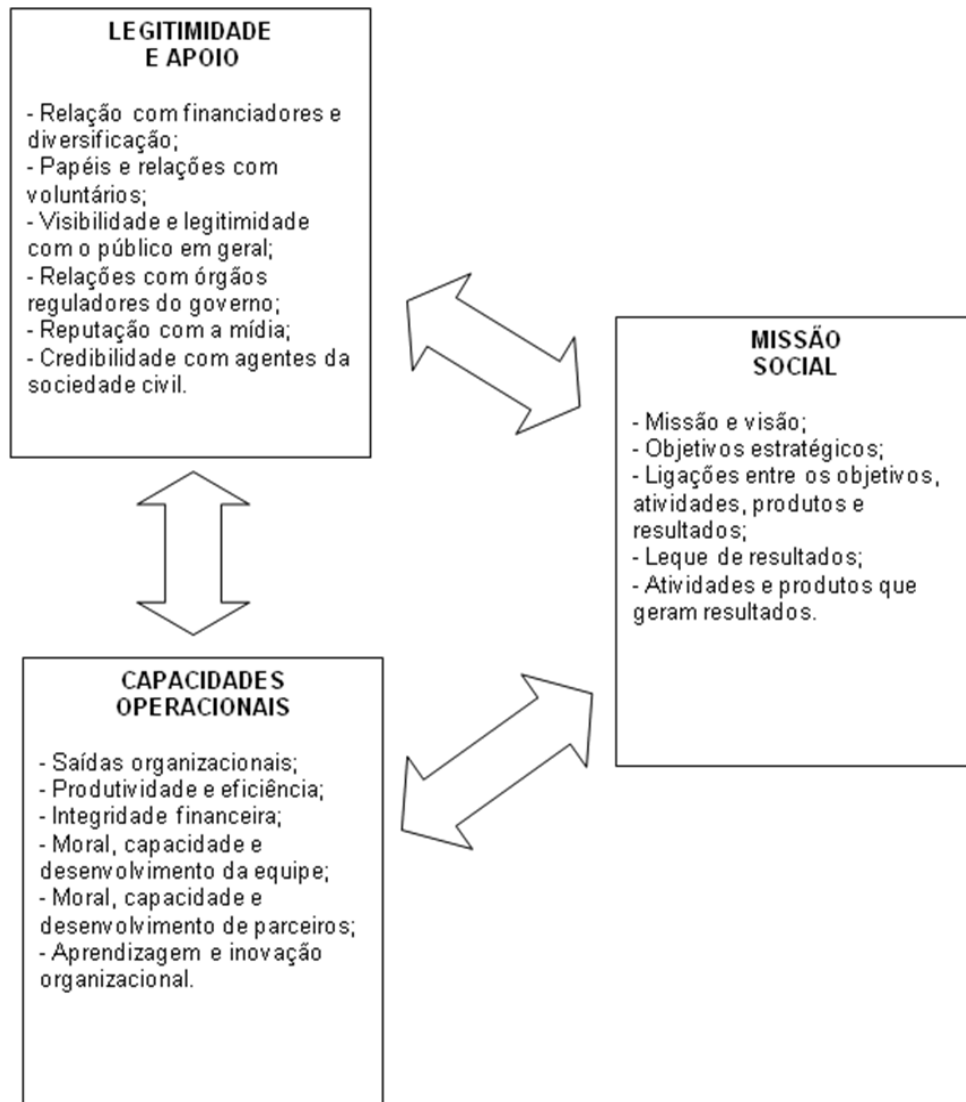


Figura 5. Modelo do *Public Value Scorecard* para *accountability* e avaliação de desempenho
 Fonte: Moore (2003)

- Legitimidade e apoio: envolve relações e diversificação de financiadores, papéis e relações com voluntários, visibilidade e legitimidade com o público em geral, relações com órgãos reguladores, reputação com a imprensa, credibilidade com atores da sociedade civil. Envolve essencialmente questões ligadas aos clientes *upstream* e *downstream*, que se comporão de acordo com os objetivos sociais da entidade. Questões como legitimidade e visibilidade com o público são incluídas nessa perspectiva, pois quanto melhor a reputação da entidade em termos gerais, maior a possibilidade de arrecadação de recursos, sejam estes financeiros, materiais ou de tempo (como no caso dos voluntários).

Por meio dessa estrutura, Moore (2003) argumenta que a entidade sem fins lucrativos será capaz de focar sua estratégia de geração de valor público (*public value*). Moore (op. cit.) entende que o valor público pode ser estruturado como uma pirâmide, em que a missão da entidade é entendida como o fim no qual a instituição almeja alcançar, enquanto os objetivos, valores e metas são os meios pelos quais a entidade irá buscar o alcance dos resultados desejados. Essa cadeia de valor formada com essa lógica irá, portanto, relacionar as sub-metas da entidade com a missão principal.

É importante destacar, dentre as contribuições presentes nessa obra, a percepção do autor quanto ao senso comum predominante que sugere a adoção de um pequeno número de indicadores para avaliação de desempenho nas entidades. Para Moore (2003), a maioria das organizações produz um grande número de efeitos importantes na sociedade, bons ou ruins, intencionais ou não. De acordo com o autor, corre-se o risco de omitir o controle sobre situações e dimensões importantes para a entidade e para a sociedade ao concentrar esforços em um conjunto reduzido de indicadores.

Dentre as experiências encontradas na literatura, é possível destacar quatro publicações relacionadas ao tema: (i) a proposição da aplicação do PVS em uma agência estatal de artes americana (Moore & Moore, 2005); (ii) a proposição da aplicação do modelo em serviços voltados à cultura na região de Manchester (Inglaterra) (NCO, 2008); (iii) a análise da aplicabilidade do conceito de valor público em serviços hospitalares, com a defesa da aplicabilidade do PVS nessas instituições gerenciadas pelo poder público, considerada uma alternativa melhor em comparação ao BSC (Zhang & Wang, 2010); (iv) a análise do conceito de *Public Value* sob as perspectivas psicológica e sociológica e a defesa da validação empírica do PVS (Meynhardt, 2012); (v) a proposição da aplicação do PVS em uma entidade pertencente ao terceiro setor voltada ao atendimento de crianças com necessidades excepcionais (Azevedo, 2012).

A investigação em tela busca, a exemplo das publicações (i), (ii) e (v), e considerando a defesa realizada pelo trabalho (iv), realizar uma modelagem conceitual do PVS, porém diferentemente das proposições relatadas nessas obras, procura-se atender a recomendação realizada pelo trabalho (iii), propondo sua aplicação em um ambiente hospitalar, mais especificamente em um hospital universitário federal, onde não se evidenciam proposições ou aplicações desse

modelo no Brasil (Portulhak et al., 2013).

Para este intuito, faz-se necessário conhecer, à luz da literatura acadêmica existente, proposições de modelagem conceitual de avaliação de desempenho, especialmente aquelas voltadas para o *Balanced Scorecard*, que possam servir de arcabouço para a modelagem conceitual proposta nessa investigação, conforme evidenciado no objetivo específico (2).

2.3 PROCESSO DE MODELAGEM CONCEITUAL DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A adoção de sistemas de avaliação de desempenho por diversas empresas e o surgimento de resultados práticos positivos, como os apresentados por Niven (2002), são fatores que impulsionam a realização de pesquisas acadêmicas neste assunto. Seguindo essa tendência, é possível observar diversos estudos recentes relacionados à avaliação de desempenho na literatura acadêmica, sendo que os sistemas que envolvem a implantação de estratégias em organizações têm recebido destaque especial desde meados da década de 1980 (Gimbert et al., 2010).

A exemplo da investigação de Artz, Hornburg e Rajab (2012) que buscou analisar relações entre práticas funcionais de avaliação de desempenho e sua influência no processo de tomada de decisão estratégica, muitas dessas pesquisas possuem como pano de fundo a Teoria Institucional.

A instituição é considerada como um determinado modo comum de pensar para um conjunto de pessoas (Veblen, 1919, citado por Burns & Scapens, 2000). Conforme Meyer e Rowan (1977), “organizações são levadas a incorporar as práticas e procedimentos definidos por conceitos racionalizados predominantes de trabalho organizacional e institucionalizados em sociedade” (p. 340) (tradução livre)

¹⁴.

Para Scapens (1994), práticas e sistemas de Contabilidade Gerencial são constituídos por regras e rotinas. Guerreiro, Pereira e Frezatti (2008) possuem o mesmo entendimento, afirmando que a Contabilidade Gerencial é “uma rotina

¹⁴ That is, organizations are driven to incorporate the practices and procedures defined by prevailing rationalized concepts of organizational work and institutionalized in society.

formada por hábitos que dá sentido a determinado grupo de pessoas e que é amplamente aceita de forma inquestionável” (p. 46). Com base nessa premissa, Burns e Scapens (2000) expressam o processo de institucionalização na Contabilidade Gerencial por meio de quatro etapas: (i) codificação, (ii) incorporação, (iii) reprodução e (iv) institucionalização. Tal processo pode ser expresso por meio da Figura 6.

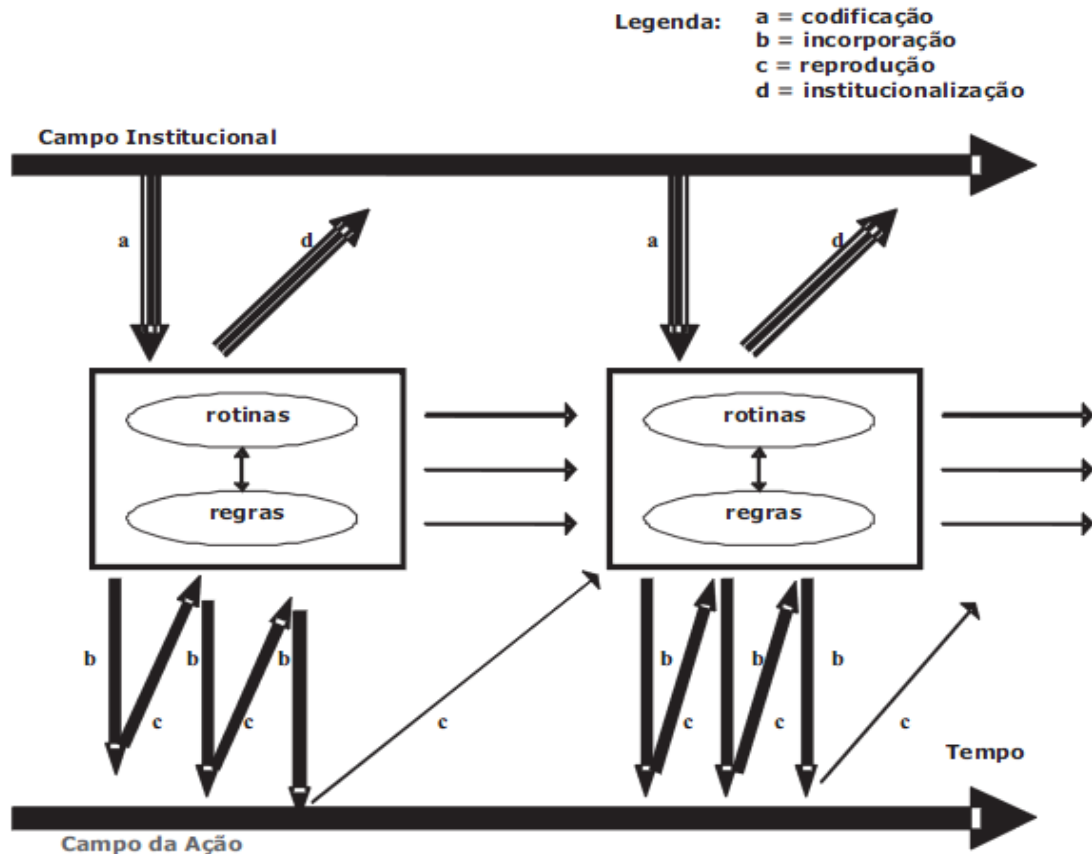


Figura 6. O processo de institucionalização
Fonte: Guerreiro et al. (2008)

Analisando o esquema formulado por Burns e Scapens (2000), depreende-se que, em um campo institucional, a primeira etapa da institucionalização de uma determinada prática é a codificação, que converte princípios institucionais em rotinas e regras - estando nessa etapa a concepção de um modelo conceitual (Rocha & Guerreiro, 2010), tendo na sequência a incorporação de tais rotinas e regras. Após isto, há a reprodução de tais regras e rotinas envolvendo mudanças conscientes e inconscientes, finalizada pela institucionalização das rotinas e regras que foram reproduzidas ao ponto de moldar o comportamento dos indivíduos.

Nesse contexto, a Teoria Institucional é entendida como aquela que analisa as

construções do comportamento coletivo como um agregado de ações individuais, tomando as regras geradas socialmente como uma explicação para tais comportamentos. No caso da contabilidade gerencial, a Teoria Institucional assume que suas práticas são influenciadas por complexidades presentes nas múltiplas construções do ambiente e das expectativas existentes em torno das entidades (Baxter & Chua, 2003).

Segundo Brignall e Modell (2000), a teoria institucional assume que um dos principais determinantes da estrutura organizacional da entidade é a pressão exercida por *stakeholders*, externos e internos, que procuram garantir seus recursos e cumprir suas expectativas em um longo período de tempo. Com isto, depreende-se que o sistema de avaliação de desempenho é capaz de mapear e determinar as relações de causa-efeito que afetam no desempenho da entidade, assumindo que um dos determinantes do bom desempenho da entidade é o atendimento às expectativas dos *stakeholders*.

Nessa perspectiva, Burns e Scapens (2000) destacam, em relação ao processo de contabilidade gerencial das empresas, que os sistemas e relatórios que o compõe nas organizações têm sido utilizados de forma mais flexível, ao contrário do que afirmam alguns pesquisadores da área sobre a imutabilidade de alguns de seus pilares fundamentais. Dentre as evidências de flexibilidade, nota-se, de acordo com os autores, a utilização de indicadores de desempenho.

Para Elzinga et al. (2009), as pesquisas relacionadas com o processo de implantação de sistemas de avaliação de desempenho foram as dominantes nessa área durante a década de 1990. A partir dos anos 2000, notou-se que a literatura acadêmica manteve-se realizando este tipo de pesquisa, porém também enfatizando sobre os benefícios gerados pelos sistemas e a utilidade das informações geradas para a tomada de decisão.

Importantes contribuições têm sido fornecidas para a literatura acadêmica sobre o desenvolvimento de sistemas de avaliação de desempenho. Em sua plataforma teórica, Abushaiba e Zainuddin (2012) entendem que o desenho do sistema de avaliação de desempenho acarreta positivamente na vantagem competitiva e no desempenho de uma entidade, enquanto Artz et al. (2012) ressaltam a importância do processo de modelagem para o processo de tomada de decisão estratégia. Já Neely, Richards, Mills, Platts e Bourne (1997) lembram que uma inadequada determinação das medidas de desempenho pode acarretar em

comportamento disfuncional dos colaboradores. Tais fatores podem justificar tal enfoque dado pela academia, visto o crescimento da abordagem deste tópico por acadêmicos e profissionais (Neely et al., 2000).

Para Wisner e Fawcett (1991, citado por Neely et al., 2000), o desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho pode ser envolvido por nove etapas descritas por meio da Figura 7.



Figura 7. Passos para o desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho
Fonte: Wisner e Fawcett (1991, citado por Neely et al., 2000)

Lohman, Fortuin e Wouters (2004), com base nas ações recomendadas por Wisner e Fawcett (1991), ressaltam a preocupação demonstrada pelos autores com a ligação entre a estratégia da entidade e o sistema de avaliação de desempenho - tendo em vista uma abordagem contemporânea destes sistemas - e com a

necessidade da reavaliação periódica das métricas, contando com possíveis alterações na estratégia e no ambiente.

Já de acordo com Bourne, Mills, Wilcox, Neely e Platts (2000), o desenvolvimento de sistemas de avaliação de desempenho pode ser dividido em quatro fases principais, descritas por meio da Figura 8.

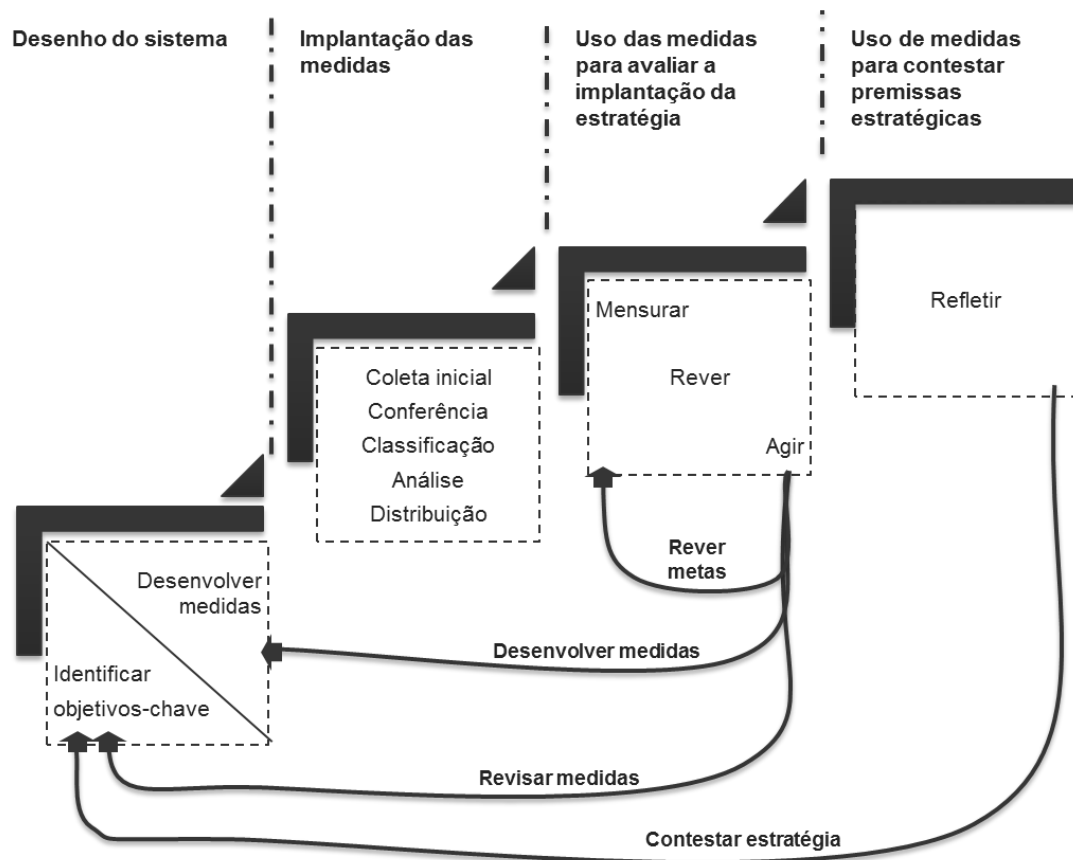


Figura 8. Fases de desenvolvimento de um sistema de AD
 Fonte: Bourne et al. (2000)

Para os autores, na fase de desenho do sistema, as medidas que deverão ser desenvolvidas devem ser derivadas da estratégia da entidade; na etapa de implantação, devem ser considerados os sistemas e procedimentos a serem colocados em prática de modo a coletar e processar os dados que formarão as medidas de desempenho com determinada regularidade; a fase da utilização consiste na mensuração do sucesso da implantação da estratégia da entidade, considerando que as medidas foram derivadas da estratégia formulada; e a fase da contestação envolve a utilização da mensuração do desempenho para contestar as premissas adotadas e testar a validade da estratégia.

Ainda, Van Helden et al. (2012) entendem que sistemas de avaliação de desempenho possuem um ciclo de vida composto por quatro etapas, em um determinado ambiente institucional: (i) desenho, que frequentemente envolve passos lógicos outrora planejados, como a definição de missão e visão, formulação dos objetivos organizacionais consistentes, desenvolvimento de medidas e padrões de desempenho relacionados aos objetivos, além do alinhamento de incentivos e sanções; (ii) implantação, envolvendo processos ascendentes e descendentes, treinamento, pilotagem e comprometimento da gestão; (iii) uso, com propósitos de avaliação, controle, orçamento, motivação, promoção, celebração, aprendizado e melhoria contínua; (iv) avaliação, que incorre na avaliação sistemática que pode acarretar em redesenho e/ou reimplantação do sistema.

Bourne et al. (2000) fornecem, com base em um estudo de casos múltiplos, os principais obstáculos enfrentados para a implantação ideal de um sistema de avaliação de desempenho:

- (1) Resistência à medição, que ocorre durante as fases de desenho e uso;
- (2) Questões relacionadas à utilização de sistemas computacionais, que ocorre durante a fase de implantação das medidas;
- (3) O comprometimento da alta gestão ser distraído, ocorrendo entre as fases de desenho e implantação (p. 762) (tradução livre) ¹⁵.

Nesse mesmo assunto, Waal (2003) elencou, com base em estudo de casos múltiplos, fatores comportamentais considerados importantes para a implantação e para o uso de sistemas de avaliação de desempenho de modo satisfatório. O Quadro 5 apresenta uma visão geral desses fatores.

¹⁵ (1) *resistance to measurement, occurring during design and use phases;*
(2) *computer systems issues, occurring during implementation of the measures;*
(3) *top management commitment being distracted, occurring between the design and implementation phases.*

Classificação	Área de atenção	Fatores comportamentais
Sistema de avaliação de desempenho	Entendimento dos gestores – um bom entendimento dos gestores da natureza da avaliação de desempenho	Gestores entendem o significado dos indicadores
		Gestores compreendem a relação entre os processos de trabalho e os indicadores
		Quadro de gestores de referência possuem indicadores similares
		Gestores concordam com as mudanças no conjunto de indicadores
Controlados pelo sistema	Atitude dos gestores – uma atitude positiva dos gestores sobre a avaliação de desempenho, o sistema de avaliação de desempenho e o projeto	Gestores concordam com o momento de início
		Gestores possuem experiências positivas com avaliação de desempenho
		Gestores entendem a importância da avaliação de desempenho para o seu desempenho
		Gestores não encaram a avaliação de desempenho como uma ameaça
Controladores do sistema	Alinhamento do sistema de avaliação de desempenho – uma boa congruência entre responsabilidades dos gestores e o sistema de avaliação de desempenho	Indicadores dos gestores estão alinhados com suas áreas de responsabilidade
		Gestores podem influenciar na avaliação dos indicadores
		Gestores são envolvidos nas análises
		Gestores podem utilizar seus indicadores para gerir seus funcionários
Ambiente interno	Cultura organizacional – uma cultura organizacional focada na utilização do sistema de avaliação de desempenho para a melhoria contínua	Resultados obtidos na avaliação de desempenho são amplamente divulgados
		Gestores são estimulados a melhorar seu desempenho
		Gestores confiam na informação de desempenho
		Gestores claramente veem o promotor utilizando o sistema de avaliação de desempenho
Ambiente externo	Foco do sistema de avaliação de desempenho – um foco claro do sistema de avaliação de desempenho no controle e gestão interna	Gestores consideram o sistema de avaliação de desempenho relevante por possuir um claro propósito de controle interno
		Gestores consideram o sistema de avaliação de desempenho relevante pois apenas os interesses dos <i>stakeholders</i> considerados importantes para a organização são incorporados

Quadro 5. Visão geral dos fatores comportamentais importantes
Fonte: Waal (2003)

Neely et al. (1997), com base em uma extensa revisão da literatura, elencaram 22 recomendações relacionadas ao desenho de medidas de desempenho, demonstradas por meio do Quadro 6.

Número	Recomendação
1	Medidas de desempenho devem ser derivadas da estratégia
2	Medidas de desempenho devem ser fáceis de entender
3	Medidas de desempenho devem fornecer <i>feedback</i> correto e tempestivo
4	Medidas de desempenho devem ser baseadas em quantidades que possam ser influenciadas ou controladas pelo usuário ou em cooperação com outros
5	Medidas de desempenho devem refletir o “processo de negócios”, ou seja, tanto o fornecedor quanto o cliente devem ser considerados na definição da medida
6	Medidas de desempenho devem estar relacionadas aos objetivos estratégicos
7	Medidas de desempenho devem ser relevantes
8	Medidas de desempenho devem fazer parte de um circuito fechado de gestão
9	Medidas de desempenho devem ser claramente definidas
10	Medidas de desempenho devem ter impacto visual
11	Medidas de desempenho devem focar no processo de melhoria contínua
12	Medidas de desempenho devem ser consistentes (mantêm sua importância com o passar do tempo)
13	Medidas de desempenho devem fornecer <i>feedback</i> ágil
14	Medidas de desempenho devem ter um propósito explícito
15	Medidas de desempenho devem estar baseadas explicitamente sobre uma fórmula definida e fonte de dados
16	Medidas de desempenho devem empregar relações ao invés de números absolutos
17	Medidas de desempenho devem usar dados que são automaticamente coletados como parte do processo, sempre que possível.
18	Medidas de desempenho devem ser reportadas em um formato simples e consistente
19	Medidas de desempenho devem ser baseadas em tendências, e não em “fotografias”
20	Medidas de desempenho devem fornecer informação
21	Medidas de desempenho devem ser precisas – corresponder exatamente ao que está sendo mensurado
22	Medidas de desempenho devem ser objetivas – não baseadas em opiniões

Quadro 6. Recomendações quanto ao desenho de medidas de desempenho

Fonte: Neely et al. (1997)

Tomando como base as considerações presentes no Quadro 6, Neely et al. (1997) desenvolveram e realizaram cinco aplicações de uma ficha de registro de medidas de desempenho formulada com base nessas recomendações, desenvolvida com vistas a apoiar o processo de desenvolvimento destas medidas. Após as aplicações e correção das inconformidades encontradas no modelo elaborado, os autores apresentaram o seguinte modelo apresentado por meio do Quadro 7.

Neely et al. (1997) comentam que a ficha de registro pode ser utilizada tanto para desenvolver quanto para auditar medidas de desempenho, sendo uma ferramenta valiosa para facilitar seu desenvolvimento, encorajando os desenvolvedores a considerarem questões comportamentais das medidas em cenários específicos.

Detalhes	Informações
Título	...
Propósito	...
Relação com a estratégia	...
Meta	...
Fórmula	...
Frequência de medição	...
Frequência de revisão	...
Quem mede?	...
Fonte de dados	...
A quem pertence a medida?	...
O que eles fazem?	...
Quem atua sobre os dados?	...
O que eles fazem?	...
Notas e comentários	...

Quadro 7. Ficha de registro de medidas de desempenho

Fonte: Neely et al. (1997)

Ainda é possível observar dentre as pesquisas acadêmicas com tal intuito aquelas que possuem enfoque em modelos específicos de avaliação de desempenho, mais destacadamente o *Balanced Scorecard*, (Neely et al., 1997; Meyer, 2002; Merchant, 2006).

Quanto a proposições, destaca-se a realizada por Papalexandris, Ioannou, Prastacos & Soderquist (2005), que apresenta uma metodologia integrada que conduz à implantação do BSC em uma entidade. O referido plano de implantação é composto por seis fases, a saber:

1. Preparação: planejar e iniciar o projeto; garantir comprometimento; avaliar prontidão para mudanças; estabelecer mecanismos de controle de qualidade; selecionar a equipe do projeto; estabelecer planos de comunicação;
2. Entendimento da visão e da estratégia: avaliar o ambiente externo e interno; desenvolver plano de contingência; esclarecer a visão e a missão da organização; identificar os direcionadores estratégicos; desenvolver um plano de gestão de mudanças;
3. Identificar os objetivos e prioridades estratégicas: identificar os objetivos estratégicos; desenvolver o mapa estratégico; apresentar os resultados para aprovação das partes interessadas;
4. Selecionar medidas de desempenho: reunir, selecionar e classificar as medidas de desempenho; estabelecer as formas de medição; apontar o

responsável pela medição de desempenho; identificar as lacunas existentes entre os processos vigentes e desejados de trabalho e a infraestrutura de tecnologia da informação;

5. Operacionalizar o projeto: estabelecer metas para as medidas; determinar a frequência de medição; desenvolver iniciativas estratégicas; estabelecer orçamento; redesenhar os processos de gestão de desempenho;
6. Implantar o sistema: selecionar e personalizar a solução de tecnologia da informação; iniciar o projeto; preparar plano de reavaliação periódica; planejar outros projetos relacionados ao BSC; transferir conhecimento.

Contribuição empírica foi dada por Assiri, Zairi e Eid (2006) ao fornecerem um conjunto de potenciais determinantes que podem influenciar na implantação do *Balanced Scorecard* com sucesso. O roteiro desenvolvido por estes autores, elaborado com base em pesquisas na literatura relacionada e em um levantamento global em 103 firmas de 25 países que implantaram ou estão em processo de implantação do sistema, é separado em três níveis e conta com 27 fatores críticos de sucesso, como consta no Quadro 8.

Os autores argumentam que os resultados obtidos podem ser aplicados a qualquer tipo de organização, independente de porte ou área de atuação, fornecendo *insights* sobre várias técnicas que podem conduzir uma empresa para a implantação de um BSC com sucesso.

Dentre os itens apresentados pelo Quadro 8, tratam-se do alinhamento das medidas de desempenho em um nível corporativo, bem como da importância de seu cascadeamento. De acordo com Kaplan e Norton (2006), a sinergia criada pelo alinhamento das diversas atividades promovidas pelas unidades de uma organização é capaz de gerar fontes adicionais de valor para a empresa, especialmente quanto a quatro componentes: a estratégia, a organização, os empregados e os sistemas de gestão. Os mesmos autores sugerem duas formas pelas quais o alinhamento pode ser promovido: (i) iniciar pelo topo e então cascadear para as áreas hierarquicamente inferiores; (ii) iniciar ao nível de unidades de negócio antes de construir um mapa estratégico corporativo.

Outro fator presente no Quadro 8 que deve ser destacado é a vinculação das recompensas com as medidas definidas para o BSC. Kaplan e Norton (1996)

argumentam que o BSC é um modelo que provê maior facilidade na administração das recompensas e é menos suscetível a jogos de números. Quando se aliam recompensas com medidas de desempenho, entram em questão os pesos que são atribuídos para cada medida (Ittner, Larcker & Meyer, 2003).

Nível	Fator	Ranking
Fatores dominantes	Identificar as perspectivas do BSC	1
	Equipe do BSC	2
	Compromisso da alta gestão	3
Principais fatores	Missão, visão, valores e estratégia	4
	Treinamento	5
	Automatizar o BSC	6
	Definir objetivos e medidas	7
	KPIs	8
	Lançar um plano de implantação	9
	Atualizar as medidas do BSC e vinculá-las com recompensas	10
	Relatórios regulares	11
	Comunicar o BSC	12
	Cascatizar o BSC	13
	Planejamento inicial	14
	Alinhamento corporativo	15
	Aprendizado e inovação	16
	Desenho do sistema de informação	17
	Avaliação das medidas	18
	<i>Benchmarking</i>	19
	Ligações de causa e efeito	20
	Estimular a cultura	21
	Solução de problemas e planos de ação	22
Fatores de suporte	Integração	23
	Auto-avaliação	24
	Concluir medidas	25
	Ajustes e refinamento	26
	Finalizar o plano do BSC	27

Quadro 8. Determinantes da implantação do BSC
Fonte: Assiri et al. (2006)

De acordo com Malina e Selto (2001), os pesos para as medidas de desempenho são expressões que refletem a importância de determinado fator para a companhia. Como entendem DeBusk, Brown e Killough (2003) e Ittner, Larcker e Meyer (2003), os pesos atribuídos às diferentes medidas de desempenho possuem papel na promoção da congruência de prioridades entre os gestores da organização, e em consequência na avaliação de desempenho.

Com o levantamento de proposições e relatos empíricos que contribuam para a proposta de modelagem conceitual do PVS voltada a um hospital universitário federal, como objetiva o presente estudo, segue-se à descrição dos procedimentos metodológicos adotados para o alcance de tal objetivo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para Andrade (2007), a pesquisa científica é “o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para os problemas propostos mediante métodos científicos” (p. 111). Para ilustrar o método de pesquisa a ser utilizado, serão detalhados os seguintes itens: (i) caráter teórico-metodológico; (ii) estratégias de planejamento de pesquisa; (iii) instrumentos da pesquisa; (iv) características do estudo de caso único; (v) tratamento estatístico e análise de dados; (vi) procedimentos éticos; (vii) procedimentos de campo.

3.1 CARÁTER TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nesse tópico são elencados os seguintes itens para caracterização teórico-metodológica dessa pesquisa: (i) teoria de base; (ii) desenho da pesquisa; (iii) construtos e definições operacionais das variáveis.

3.1.1 Teoria de Base

Especificamente na área da assistência médica, o estudo de modelos de sistemas de contabilidade que verifiquem a influência de uma variedade de perspectivas teóricas parece possuir campo garantido (Abernethy et al., 2007).

Para a pesquisa em tela, adotou-se como teoria de base a proposta realizada por Moore (2003) quanto ao *Public Value Scorecard* (presente no item 2.3 desse relatório), artefato de avaliação de desempenho que serve de base para a apresentação de uma proposta de modelagem conceitual de avaliação de desempenho para o hospital universitário federal objeto desse estudo. Ressalta-se que, de acordo com Rocha e Guerreiro (2010), o processo de concepção ou modelagem de um sistema de contabilidade gerencial é correspondente à etapa de codificação do modelo de institucionalização dado por Burns e Scapens (2000).

3.1.2 Desenho da Pesquisa

Acredita-se que o desenho da pesquisa pode ser melhor compreendido ao representá-lo de forma esquemática, como se propõe por meio da Figura 9.

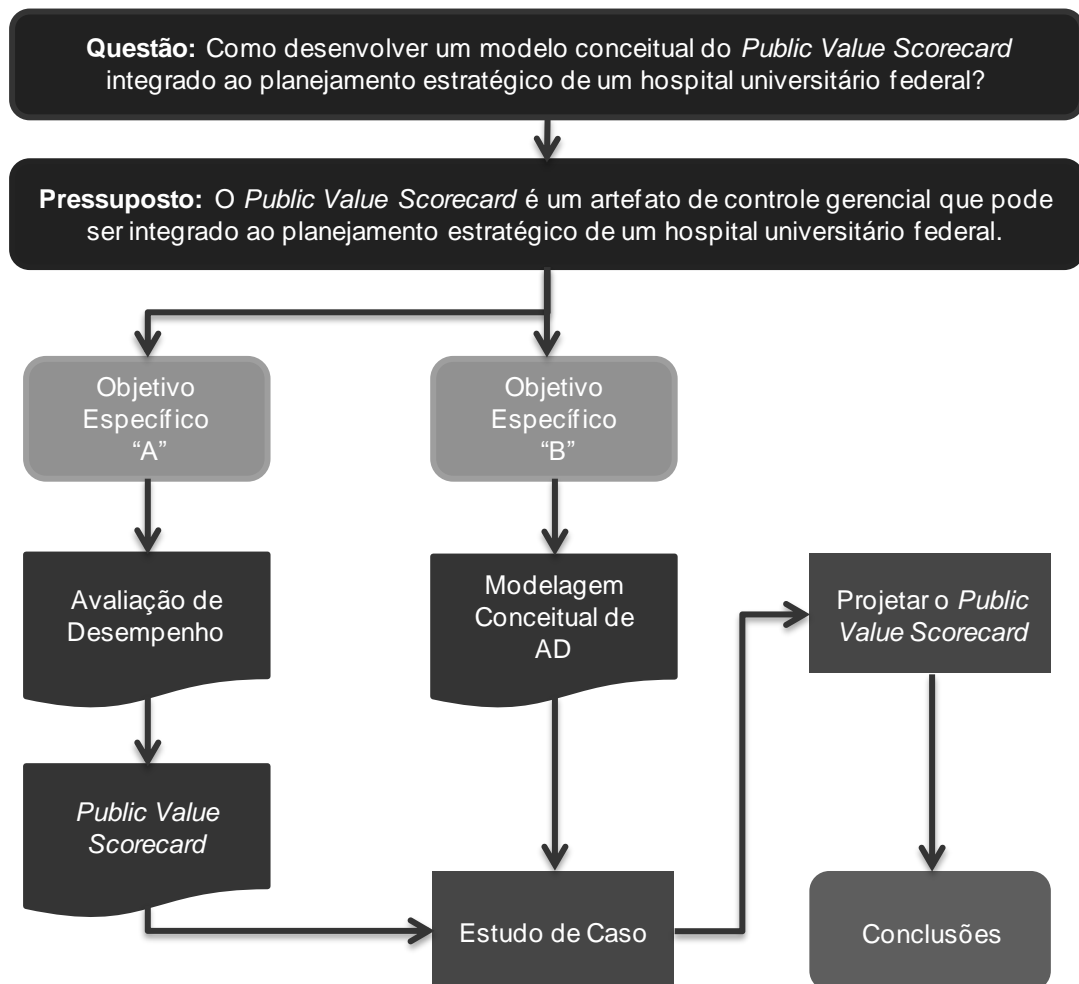


Figura 9. Desenho da pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor

Como é possível notar por meio da Figura 9, a presente pesquisa toma como bases a questão de pesquisa formulada e o consequente pressuposto que norteia a condução do estudo, que serviram para melhor detalhamento dos procedimentos de pesquisa derivados dos objetivos estratégicos delimitados.

Os dois objetivos estratégicos delimitados conectam-se de forma coerente durante o desenvolvimento dessa investigação, desde o levantamento do arcabouço teórico-empírico, passando pelo estudo de caso e pela proposta de modelagem do PVS na entidade objeto de estudo.

3.1.3 Construtos e Definições Operacionais das Variáveis

Por meio do Quadro 9, expressam-se os constructos delimitados para a presente investigação.

Bloco	Constructo	Variáveis	Técnicas de Análise	Referências
<i>Public Value Scorecard</i>	Missão Social	Missão e visão; objetivos estratégicos; ligações entre os objetivos, atividades, produtos e resultados, série de resultados; atividades e produtos que geram resultados.	Análise documental; entrevista semi-estruturada; análise de conteúdo; observação participante	Moore (2003), Bryman (2012), Silva, Godoi e Bandeira-de-Mello (2012)
	Legitimidade e Apoio	Relação com financiadores e diversificação; papéis e relações com voluntários; visibilidade e legitimidade com o público em geral; relações com órgãos reguladores do governo; reputação com a mídia; credibilidade com agentes da sociedade civil.		
	Capacidades Operacionais	Saídas organizacionais; produtividade e eficiência; integridade financeira; moral, capacidade e desenvolvimento da equipe; moral, capacidade e desenvolvimento de parceiros; aprendizagem e inovação organizacional.		
Planejamento Estratégico	Objetivos Estratégicos	Ocorrência da tomada de decisão dos gestores alinhada com os objetivos estratégicos da entidade	Análise documental; entrevista semi-estruturada; análise de conteúdo; observação participante	Martins e Theóphilo (2007), Bryman (2012)
		Definição das metas das Unidades alinhadas com os objetivos estratégicos da entidade		

Quadro 9. Quadro de construtos, variáveis e referências

Fonte: Elaborado pelo autor

Os constructos, derivados da questão de pesquisa, destacam-se em dois blocos, (i) *Public Value Scorecard* e (ii) planejamento estratégico. Ressalta-se que os constructos e variáveis considerados para o bloco (i) foram diretamente derivados

das perspectivas e elementos-chave descritos por Moore (2003) em sua proposta de sistema estratégico de avaliação de desempenho para entidades sem fins lucrativos.

Acrescenta-se que a investigação delineada com o emprego de diversas técnicas de análise permite a triangulação dos dados coletados, desta forma configurando a utilização de fontes múltiplas de provas visando o desenvolvimento de linhas convergentes de inquérito para a obtenção de conclusões mais convincentes e exatas (Yin, 2001).

3.2 ESTRATÉGIAS DE PLANEJAMENTO DA PESQUISA

Para melhor entendimento dos métodos aplicados nessa pesquisa, com vistas à obtenção de conclusões fidedignas e acuradas, são demonstrados os enquadramentos do presente estudo considerando diversas abordagens observadas na literatura por meio do Quadro 10.

Dentre as abordagens elencadas no Quadro 10, as opções realçadas em negrito são aquelas em que a presente pesquisa possui melhor alocação. Quando à estratégia de pesquisa de estudo de caso, ressalta-se que a unidade de análise selecionada (HC/UFPR) será categorizada, conforme Yin (2001), como um caso holístico e único para a pesquisa, sendo, portanto, um caso do Tipo 1, conforme classificação dada pelo mesmo autor.

3.2.1 Abordagem Metodológica

Com relação à abordagem metodológica, a presente pesquisa enquadra-se como interpretativista. De acordo com o entendimento de Burrell e Morgan (1979), o paradigma interpretativo busca o entendimento do mundo social como uma experiência subjetiva, colocando em lados opostos o participante e o observador.

Abordagem	Opções	Autores
Abordagem metodológica	Empirismo Positivismo Abordagem Sistêmica Estruturalismo Interpretativismo Crítico-Dialética	Martins e Theóphilo (2007)
Abordagem com relação ao problema	Quantitativo Qualitativo	Richardson (2008)
Abordagem com relação ao objetivo do estudo	Pesquisa Exploratória Pesquisa Descritiva Pesquisa Explicativa Estudo Causal	Gil (2002), Cooper e Schindler (2003), Sampieri, Collado, Lucio (2006), Andrade (2007)
Abordagem quanto à estratégia de pesquisa	Pesquisa Bibliográfica Pesquisa Documental Pesquisa Experimental Pesquisa Quase-Experimental Levantamento Estudo de Caso Pesquisa-Ação Pesquisa Etnográfica <i>Grounded Theory</i> <i>Focus Group</i> Discurso do Sujeito Coletivo Pesquisa de Avaliação Proposição de Planos e Programas Pesquisa-Diagnóstico Pesquisa Historiográfica	Lakatos e Marconi (1996); Gil (2002), Martins e Theóphilo (2007); Silva et al. (2012).
Abordagem quanto às técnicas de coleta de dados	Dados Primários Dados Secundários	Martins e Theóphilo (2007).
	Questionário Entrevista Observação Análise de Conteúdo Escala Social e de Atitudes Análise do Discurso	
Abordagem quanto aos efeitos do pesquisador nas variáveis de estudo	Experimental Ex-post-facto	Gil (2002), Cooper e Schindler (2003).
Abordagem quanto à dimensão do tempo	Transversal Longitudinal	Cooper e Schindler (2003).
Abordagem quanto ao escopo de estudo	Amplitude Profundidade	Cooper e Schindler (2003).

Quadro 10. Opções de categorização da pesquisa quanto à abordagem

Fonte: Adaptado de Espejo (2008) e O. L. Silva & M. M. S. B. Espejo (comunicação pessoal, 16 de abril de 2012)

Já para Crotty (1998), o interpretativismo “tenta entender e explicar a realidade humana e social” (p. 66-67) (tradução livre) ¹⁶. Para o mesmo autor, o interpretativismo contrasta com a abordagem explicativa, já que a primeira busca o entendimento dos fenômenos com enfoque no entendimento – utilizado nas ciências humanas e sociais – enquanto a segunda enfoca as relações de causalidade, o que é utilizado nas ciências naturais.

Para Lukka e Modell (2010), a pesquisa interpretativa possui como sua principal ênfase os significados atribuídos pelas pessoas aos fenômenos, perfazendo-se altamente específica, por conta de fatores contextuais e temporais, na análise do comportamento dos indivíduos em um determinado ambiente social. De acordo com os mesmos autores, a pesquisa interpretativa reconhece que “os significados são moldados na interação entre as pessoas e uma ampla gama de aspectos humanos e não-humanos, incluindo as normas sociais que são (consciente ou inconscientemente) aplicadas na situação em questão” (p. 464) (tradução livre) ¹⁷.

Lukka e Modell (2010) consideram, ao passo de pesquisadores interpretativistas, que a interpretação dos significados de uma análise exige a adoção de uma perspectiva êmica, ou seja, de um indivíduo que esteja inserido no contexto estudado, o que viabiliza a realização de explicações robustas, contribuindo dessa forma para o convencimento dos leitores sobre sua validade.

3.2.2 Abordagem com Relação ao Problema

Com relação à abordagem ao problema, a presente pesquisa enquadra-se como uma pesquisa qualitativa. Para Richardson (2008), tal abordagem procura descrever a complexidade de um determinado problema, utilizando-se de técnicas como observação e entrevistas. O mesmo autor afirma que a diferença essencial entre a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa é que a primeira não utiliza um instrumento estatístico como base do processo de análise do problema proposto.

Merriam (2009) considera que os pesquisadores que utilizam essa abordagem preocupam-se em entender o significado construído pelos indivíduos, como elas entendem o seu mundo e as experiências que eles têm no mundo, já que

¹⁶ *Attempts to understand and explain human and social reality.*

¹⁷ *Meanings are shaped in interaction between people and a broad range of human and non-human aspects, including social rules that are (consciously or unconsciously) applied in the situation at hand.*

a realidade é construída socialmente, existindo muitas interpretações para um único evento ao depender de diversos pontos de vista.

3.2.3 Abordagem com Relação ao Objetivo do Estudo

Com relação à abordagem ao objeto de estudo, a presente pesquisa enquadra-se como uma pesquisa descritivo-explicativa. Para Gil (1999), o principal objetivo da pesquisa descritiva é a descrição de características de determinação população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. Já Cervo e Bervian (1996) afirmam que essa modalidade de pesquisa observa, registra, analisa e correlaciona fenômenos do mundo humano sem manipulá-los.

Já sobre a pesquisa explicativa, Sampieri et al. (2006) qualificam-na como a modalidade de pesquisa que procura responder sobre causas de acontecimentos, fatos e fenômenos, buscando estabelecer relações entre as variáveis.

3.2.4 Abordagem Quanto a Estratégia de Pesquisa

Tratando sobre as estratégias de pesquisa, a presente investigação possui os seguintes enquadramentos:

- Pesquisa documental: é a pesquisa baseada em materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, como documentos arquivados, gravações, fotografias, dentre outros (Gil, 1999; Martins & Theóphilo, 2007).
- Estudo de caso: é considerada uma investigação empírica que investiga um determinado fenômeno em seu contexto da vida real, em especial quando não é possível definir claramente os limites entre o fenômeno e seu contexto, constituindo-se numa análise profunda de um sistema limitado (Yin, 2001; Merriam, 2009).
- Proposição de planos e programas: é a modalidade de pesquisa em que o pesquisador procura apresentar propostas de planos ou sistemas que possam solucionar problemas organizacionais, configurando-se soluções práticas (Roesch, Becker & Mello, 1999; Martins & Theóphilo, 2007).
- Pesquisa-diagnóstico: é a modalidade que visa a exploração de um determinado ambiente para levantamentos de possíveis problemas, fomentando o processo de mudança organizacional ao apresentar possíveis

soluções (Martins & Theóphilo, 2007).

3.2.5 Abordagem Quanto as Técnicas de Coleta de Dados

Com relação às técnicas de coleta de dados a serem empregadas nessa investigação, são elencados os seguintes recursos:

- Dados primários, provenientes de:
 - Entrevista: é um processo de interação social em que o entrevistador procura obter informações por parte do entrevistado. É a modalidade de pesquisa em que o pesquisador procura entender o significado que os indivíduos atribuem a determinadas questões ou situações (Haguette, 1997, citado por Boni & Quaresma, 2005; Martins & Theóphilo, 2007);
 - Observação: é a modalidade que procura identificar e obter provas sobre objetivos que orientam o comportamento de indivíduos, mesmo que inconscientemente (Lakatos & Marconi, 1996; Martins & Theóphilo, 2007). Em específico, a observação participante coloca o pesquisador ao nível dos sujeitos que compõem o fenômeno estudado (Richardson, 2008). Para Richardson (2008), o processo de observação participante pode ser composto por três etapas: (i) aproximação do pesquisador ao grupo social visando sua inserção; (ii) obtenção de visão de conjunto da realidade estudada, com a operacionalização de procedimentos de coleta de dados; (iii) sistematização e organização dos dados coletados.
- Dados secundários, provenientes de:
 - Análise dos documentos, oriundos da pesquisa documental.
- Análise de conteúdo: é conceituada como um conjunto de técnicas que busca obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores capazes de inferir conhecimento sobre as condições de produção de mensagens, procurando dessa forma superar as incertezas e enriquecer sua leitura (Bardin, 2004). Especificamente, empregou-se uma análise categorial, tanto em dados primários quanto em dados secundários, entendida por Bardin (2004) como um conjunto de operações de divisão do texto em unidades/categorias, com base em reagrupamentos análogos.

3.2.6 Abordagem Quanto aos Efeitos do Pesquisador nas Variáveis

Com relação aos efeitos do pesquisador nas variáveis, a presente pesquisa enquadra-se como *ex-post-facto*. É uma modalidade de pesquisa em que o pesquisador não possui controle sobre as variáveis, limitando-se a relatar o que ocorreu o que está ocorrendo. Como já expressa a tradução literal deste termo, este tipo de pesquisa desenvolve-se “a partir do fato passado” (Gil, 1999; Cooper & Schindler, 2003).

3.2.7 Abordagem Quanto à Dimensão do Tempo

Com relação à dimensão de tempo, a presente pesquisa enquadra-se como transversal. Nessa modalidade de pesquisa, o objeto de estudo é analisado em um determinado instante, ao contrário do que ocorre em pesquisas longitudinais, que procuram verificar mudanças ao longo do tempo (Cooper & Schindler, 2003).

3.2.8 Abordagem Quanto ao Escopo do Estudo

Com relação ao escopo do estudo, a presente pesquisa enquadra-se como uma pesquisa em profundidade. Nessa modalidade de pesquisa, busca-se maior ênfase em detalhes, possibilitando a verificação de provas. Essa modalidade é especialmente viabilizada quando há a ocorrência de um estudo de caso (Cooper & Schindler, 2003).

3.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, foram aplicados diversos instrumentos de forma a coletar informações consistentes para uma análise adequada e obtenção de conclusões acuradas, por possibilitar a triangulação dos dados obtidos.

Para a realização de diagnóstico inicial em relação ao alinhamento dos

objetivos estratégicos com o processo de tomada de decisão dos gestores e com as metas existentes nas unidades da entidade objeto de estudo (vide Quadro 8), foram aplicados: (i) entrevista semi-estruturada, realizada junto aos diretores, assessores e gerentes da entidade objeto de estudo (conforme roteiros presentes nos Apêndices B e C); (ii) análise documental, realizada mediante exploração do plano estratégico, da estrutura hierárquica e das metas declaradas nos contratos das unidades funcionais da entidade objeto de estudo.

Além disso, foi elaborado um protocolo de estudo de caso para apoiar condução do estudo de caso (conforme Apêndice D). Para Yin (2001), o protocolo é mais do que um instrumento, pois também contém os procedimentos e as regras gerais que devem ser seguidas ao utilizar o instrumento, sendo uma tática que visa aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso. Conforme Yin (op. cit.), o protocolo de estudo de caso deve conter: (i) visão geral do projeto de estudo de caso; (ii) procedimentos de campo; (iii) questões de estudo de caso e (iv) guia para o relatório de estudo de caso.

O protocolo de estudo de caso envolve, dentre seus procedimentos de campo, a previsão de coleta de dados secundários, como o Plano Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná 2012-2015, os contratos de gestão vigentes pactuados entre unidades funcionais e direção da organização, além da estrutura hierárquica da entidade. A coleta de tais dados contribuiu para a caracterização da instituição objeto de estudo, subsidiando a elaboração de uma proposta de modelagem conceitual do PVS.

Finalmente, para a elaboração da proposta de modelagem conceitual do *Public Value Scorecard*, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com a diretoria geral e com os diretores, assessores e gerentes da entidade objeto de estudo (conforme roteiros presentes nos Apêndices E, F e G). Para as entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se como recurso de apoio um aparelho de gravação de áudio, visando melhor aproveitamento e acuracidade na coleta das informações disponibilizadas e conclusões alcançadas durante as discussões.

3.4 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO DE CASO ÚNICO

A presente investigação foi conduzida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, hospital universitário federal localizado na cidade de Curitiba, estado do Paraná. A escolha da entidade objeto de estudo foi influenciada pela presença do pesquisador como servidor da instituição, o que contribui para a constituição de linhas convergentes de inquérito e triangulação de dados, além de ser considerado um caso decisivo, ou seja, possuidor das condições necessárias para testar a teoria presente no problema de pesquisa (Yin, 2001).

Para a condução das entrevistas semi-estruturadas, considerou-se toda a população de diretores e assessores presente na estrutura organizacional dessa entidade, além dos gerentes das unidades funcionais e responsáveis pelas áreas assemelhadas às unidades funcionais, procurando dessa forma obter resultados de alcance global na entidade. Os indivíduos foram escolhidos para a aplicação desses instrumentos considerando sua posição hierárquica na organização e suas responsabilidades na tomada de decisão dentro da instituição.

Para a análise documental, foram considerados todos os contratos de gestão vigentes firmados entre unidades funcionais e administração da entidade objeto de estudo, visando a realização de um diagnóstico completo quanto à aderência entre metas vigentes e objetivos estratégicos firmados pela entidade, além do plano estratégico do hospital elaborado para o período 2012-2015 e a estrutura hierárquica da organização para desenvolvimento de uma proposta de PVS. Os materiais necessários para a análise documental foram coletados junto ao Serviço de Planejamento (SEPLAN) da entidade objeto de estudo.

3.4.1 Planos para Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa

Considerando que a amostra de gestores envolvidos nos procedimentos de entrevistas semi-estruturadas corresponde a toda a população delimitada, foram abordados todos os diretores, assessores e gerentes de unidades funcionais e gestores de estruturas assemelhadas da entidade objeto de estudo para obtenção de informações para o desenvolvimento deste estudo.

Com isso, procederam-se abordagens presenciais e individuais com os

sujeitos elencados durante o horário comercial na entidade objeto de estudo, de preferência em seu local de trabalho, em data e horário combinados de acordo com a conveniência do participante. Nesse momento, foram expostos os objetivos da investigação proposta, seu papel na investigação, os riscos e benefícios relacionados à sua participação, os procedimentos e instrumentos a serem conduzidos e informações de contato para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Finalmente, forneceu-se ao sujeito da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (modelo conforme Apêndice A), por meio do qual o sujeito pactuou sua participação na pesquisa ao assiná-lo. Neste cenário, a inclusão ou exclusão do participante na pesquisa ficou condicionada ao seu aceite ao TCLE.

3.4.2 Local de Realização da Pesquisa e Infraestrutura

A presente investigação se deu nas dependências do HC/UFPR, onde foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas e a coleta dos documentos analisados, como o plano estratégico, estrutura hierárquica e os contratos de gestão.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em locais e horários previamente determinados, de acordo com a disponibilidade dos participantes e de acordo com a conveniência dos mesmos. Prevalecendo a realização dos procedimentos no local de trabalho dos entrevistados para melhor conveniência, também se colocou à disposição a sala da Direção Financeira do HC/UFPR para tais reuniões, local com infraestrutura adequada e com disponibilidade em favor do servidor que é o pesquisador participante da pesquisa e que está lotado na referida direção.

3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DE DADOS

Nessa pesquisa não foram aplicados quaisquer tratamentos estatísticos voltados à generalização dos resultados, já que os instrumentos de pesquisa foram considerados para toda a população delimitada dentro do caso (censo).

A análise das questões abertas presentes nessas entrevistas contou com o apoio do *software* Sphinx Survey®, Edição Léxica, versão 5.1.0.7, visando a

realização de análise de conteúdo por meio do procedimento de análise categorial. O *software* Microsoft Excel®, por sua vez, foi utilizado para importação dos dados das entrevistas à referida ferramenta.

A análise dos dados obtidos com o estudo de caso foi conduzida conforme o protocolo de estudo de caso elaborado, especialmente considerado o guia para o relatório do estudo de caso (Apêndice B).

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para Creswell (2003, citado por Antunes, Mendonça Neto, Oyadomari & Okimura, 2011), os pesquisadores necessitam, antes do início da execução da pesquisa, antever questões éticas que possam estar envolvidas nos procedimentos planejados, desde o processo de contextualização do problema de pesquisa até a divulgação dos resultados.

Para que os resultados de uma pesquisa sejam aceitos, faz-se necessário, em qualquer área do conhecimento (inclusive na área de ciências sociais), uma revisão por uma instância superior com enfoque nos aspectos científicos e éticos da investigação. Geralmente, este papel cabe a comitês ou comissões de ética, que no Brasil é formado por um conjunto em que se inclui a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) (Schramm, 2005).

Nessa investigação, foi submetido um projeto de pesquisa de acordo com o modelo solicitado pela Plataforma Brasil¹⁸, além de diversos documentos solicitados (análise de mérito da pesquisa, qualificação dos pesquisadores, concordância da entidade objeto de estudo e do orientador, declaração de publicidade de resultados e de uso específico do material coletado, modelo de TCLE, termo de confidencialidade dos entrevistados e termo de compromisso para utilização dos dados de arquivos) para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

O projeto de pesquisa, além dos roteiros de entrevista (considerado por Pessalacia e Ribeiro (2011) como procedimento que deve ser considerado no âmbito

¹⁸ www.saude.gov.br/plataformabrasil

da ética em pesquisa por possíveis riscos à esfera moral, social, psicológica ou espiritual aos respondentes), foram submetidos para análise e aprovação pelo comitê de ética supracitado no dia 06/12/2012, tendo sido aprovado em 03/01/2013, em segunda apresentação, por meio do parecer consubstanciado nº 182.384.

O primeiro parecer (de número 163.204), que constou como única pendência a necessidade de correção da palavra “consequência” no TCLE (que constava com o sinal ortográfico “trema” no modelo submetido para avaliação), constou com os seguintes comentários acerca do projeto apresentado.

(i) Quanto à avaliação dos riscos e benefícios:

Os riscos são mínimos, uma vez que a pesquisa irá apenas abordar aspectos profissionais dos entrevistados. Os benefícios serão muito grandes, pois, se implantado, tal sistema de gerenciamento poderá aumentar a eficiência da instituição na alocação de recursos.

(ii) Comentários e considerações sobre a pesquisa: “Pelo que se depreende, dentro dos objetivos a que se propõe, a pesquisa é muito bem desenhada e os questionários apresentados bastante completos”.

Dentre os procedimentos éticos adotados nessa pesquisa, ressalta-se que os gestores participantes não serão identificados com seu nome, mas sim, caso necessário, por meio de um código formado por três letras e dois números.

Ressalva-se no TCLE presente no Apêndice A, que foi aplicado aos sujeitos de pesquisa, a informação sobre realização de *focus group*, método que constava no primeiro plano de coleta de dados elaborada para essa pesquisa, e que posteriormente avaliou-se como não sendo a melhor estratégia para abordagem da realidade observada, preferindo-se a utilização da estratégia descrita ao longo do tópico dedicado aos procedimentos metodológicos.

3.6.1 Análise Crítica de Riscos

Tendo em vista que as entrevistas não procuram abordar aspectos íntimos dos participantes, limitando-se apenas a assuntos relacionados às atividades exercidas pelos colaboradores na entidade objeto de estudo, não é possível observar riscos de maior severidade na condução dos procedimentos. Estão inerentes aos procedimentos situações como possível intimidação com o procedimento de gravação das entrevistas em áudio.

A realização das entrevistas foi precedida pela aceitação pelos participantes por meio do TCLE, cujo modelo está presente no Apêndice A dessa pesquisa. O documento traz informações aos participantes sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem adotados, as ferramentas de coleta de dados, além dos benefícios e os riscos relacionados à investigação. Ainda estão inclusos procedimentos para abordagem, local para realização dos procedimentos, e o contato dos pesquisadores, ressaltando a garantia de confidencialidade aos indivíduos.

3.7 PROCEDIMENTOS DE CAMPO

Tendo em vista os procedimentos metodológicos definidos para a investigação, especialmente o protocolo de estudo de caso (Apêndice D), detalha-se nesse item a descrição dos procedimentos de campo realizados. Destaca-se que o acesso ao campo para realização dos procedimentos descritos foi precedido da aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da entidade, o que possibilitou a inserção do pesquisador no campo de pesquisa para a realização da coleta de dados de forma adequada (etapa 1 de observação participante).

3.7.1 Escopo do Sistema de Avaliação de Desempenho

A determinação do escopo do sistema de avaliação de desempenho proposto nessa investigação foi viabilizada com a obtenção da estrutura hierárquica do HC/UFPR, seguindo-se os seguintes procedimentos:

- Análise da estrutura hierárquica da entidade objeto de estudo, identificando diretorias, assessorias, unidades e estruturas que possam ter papel assemelhado às unidades gerenciais, conforme delimitação realizada para o presente estudo (item 1.4). O alcance do sistema de avaliação de desempenho até as unidades gerenciais se dá, além de sua relevância em termos de processos e custos, por conta da existência de contratos de gestão com indicadores e metas nesse nível

hierárquico e por essas unidades englobarem quase a totalidade dos serviços e seções existentes que, caso não estejam ligados a elas, estão ligados às diretorias;

- O rol de estruturas obtido com base na análise da estrutura hierárquica foi levado para validação da Direção Geral, o que foi realizado durante entrevista, apontando-se as estruturas consideradas relevantes em termos de custos e processos para o sistema de avaliação de desempenho. A referida entrevista foi realizada no mês de março/2013.

3.7.2 Entrevistas de Diagnóstico

Com a obtenção do plano estratégico 2012-2015 da entidade objeto de estudo, dos contratos de gestão das unidades funcionais e das áreas componentes do sistema de avaliação de desempenho proposto, habilitou-se a realização das entrevistas de diagnóstico com os gestores envolvidos nesse processo. As entrevistas de diagnóstico quanto ao processo de tomada de decisão dos gestores na entidade objeto de estudo foram realizadas durante os meses de março e abril/2013.

Ao total, foram realizadas 33 entrevistas de diagnóstico, sendo que a entrevista com a Diretoria Geral foi realizada com base no Apêndice B e as demais entrevistas foram realizadas com base no Apêndice C. Na ocasião das entrevistas, foram aplicados aos respondentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedimento exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), de acordo com o modelo presente no Apêndice A. A entrevista com a Direção Geral (Apêndice B) teve a duração de 01h23min. As entrevistas de diagnóstico com as demais áreas (Apêndice C) tiveram duração total aproximada de 10 horas, com tempo médio de 19 minutos.

O roteiro de pesquisa voltado à entrevista com a Direção Geral (Apêndice B) é dividido em quatro blocos:

- O Bloco 1 envolve questões de diagnóstico voltadas a identificar **se a estratégia é considerada pelos colaboradores no processo de tomada de decisão** e na execução de suas atribuições dentro da organização, identificar os canais existentes de divulgação da estratégia, e avaliar a necessidade de um sistema de avaliação de

desempenho na entidade;

- O Bloco 2 engloba questões que procuram identificar a **existência de um sistema de controle gerencial** na entidade objeto de estudo, explorando os motivos pela sua existência ou inexistência;
- O Bloco 3 envolve questões sobre a **existência de indicadores de desempenho**, o modo como tais indicadores foram formulados e são utilizados, sua relação com a estratégia e sua abrangência, além de identificar a existência de um sistema de avaliação de desempenho, explorando as causas de sua existência ou inexistência na entidade objeto de estudo;
- O Bloco 4 busca verificar a **existência de metas**, como ocorreu o processo de definição de metas, suas características, abrangência, relação com a estratégia e com sistemas de incentivos, além de analisar o funcionamento e a eficácia do sistema de incentivos pelo ponto de vista dos respondentes.

Já o roteiro de pesquisa voltado à entrevista com os demais gestores da entidade divide-se em três blocos:

- O Bloco 1 envolve questões de diagnóstico voltadas a identificar **se a estratégia é considerada pelos colaboradores no processo de tomada de decisão** e na execução de suas atribuições dentro da organização, além de questões voltadas a avaliar a necessidade de um sistema de avaliação de desempenho na entidade;
- O Bloco 2 envolve questões sobre a existência de **indicadores de desempenho**, o modo como tais indicadores foram formulados e são utilizados, sua relação com a estratégia e com a medição de eficiência, eficácia e efetividade dos serviços realizados;
- O Bloco 3 busca verificar a existência de **metas**, como ocorreu o processo de definição de metas, suas características, abrangência, relação com a estratégia, com os indicadores existentes e com sistemas de incentivos, além de analisar o funcionamento e a eficácia do sistema de incentivos pelo ponto de vista dos respondentes.

Quanto ao perfil dos respondentes, verificou-se que os gestores estão no cargo atual, em média, há 3 anos e 5 meses, sendo que trabalham na entidade

objeto de estudo, em média, há 22 anos e meio, tais fatos que conferem maior confiabilidade às respostas obtidas.

3.7.3 Entrevistas para *Design* do Sistema de Avaliação de Desempenho

Na sequência da realização das entrevistas de diagnóstico, realizaram-se entrevistas específicas voltadas ao desenvolvimento da proposta de um sistema de avaliação de desempenho na entidade objeto de estudo, tomando como base o modelo do *Public Value Scorecard*, as demais informações presentes no referencial teórico-empírico, além das informações obtidas por meio dos procedimentos de campo que precederam a presente etapa.

Considerando a estrutura hierárquica da entidade, e visando o alinhamento do sistema de avaliação de desempenho proposto nos diversos níveis hierárquicos da entidade, com a observação da delimitação realizada quanto aos indivíduos pesquisados, utilizou-se como estratégia a realização de entrevistas em quatro etapas, a saber: (i) entrevista com a Direção Geral; (ii) entrevistas com as Assessorias; (iii) entrevistas com as Diretorias subordinadas à Direção Geral; (iv) entrevistas com as Unidades Gerenciais subordinadas às diretorias.

3.7.3.1 Entrevista com a Direção Geral

A entrevista com a Direção Geral foi realizada com base no roteiro presente no Apêndice E em duas reuniões ocorridas durante o mês de abril/2013, com duração total de 02h45min. A etapa de modelagem conceitual do sistema de avaliação de desempenho proposto envolveu quatro etapas:

- A Fase 1 teve por objetivo identificar os **clientes *upstream* e *downstream*** da entidade objeto de estudo, tendo como base os elementos presentes no modelo de *Public Value Scorecard* de Moore (2003);
- A Fase 2 objetivou identificar os **agentes da sociedade civil, órgãos reguladores do governo e os principais parceiros ou co-produtores** que se relacionam com a entidade objeto de estudo, tendo em vista os elementos presentes nas perspectivas de Legitimidade e Apoio e Capacidades Operacionais no modelo de *Public Value*

Scorecard de Moore (2003);

- A Fase 3 buscou, após análise realizada entre as premissas presentes no modelo de Moore (2003) e os objetivos traçados no mapa estratégico da entidade, **traçar objetivos** para os itens presentes no modelo do *Public Value Scorecard* e que não possuem objetivos definidos;
- A Fase 4 teve como objetivo **determinar indicadores** para cada objetivo presente no mapa estratégico da entidade, incluindo os objetivos determinados na Fase 3 da presente entrevista, além de sua criticidade (por meio de pesos que reflitam sua importância), a meta de acordo com o planejamento realizado até 2015, e apontar quais assessorias, ou caso não aplicável, quais diretorias devem tomar ações para o cumprimento da meta definida.

3.7.3.2 Entrevistas com os Diretores e Assessorias Subordinados

Com a conclusão da entrevista com a Direção Geral do HC/UFPR, possibilitou-se a realização da segunda etapa de entrevistas para o desenho do sistema de avaliação de desempenho: (i) entrevistas com as assessorias e, após a conclusão dessa etapa, (ii) entrevistas com as direções subordinadas.

As entrevistas com as diretorias subordinadas e com as assessorias foram realizadas com base no roteiro de entrevistas presente no Apêndice F. As entrevistas com as assessorias foram realizadas durante o mês de abril/2013, e as entrevistas com as diretorias foram realizadas durante os meses de abril e maio/2013. As entrevistas tiveram duração total aproximada de 12 horas, com duração média de 01h30min.

Tal roteiro é composto por perguntas que visam determinar indicadores específicos para a área entrevistada, metas e quais áreas possuem ações a tomar com relação ao indicador definido. Com relação a este último item, as assessorias apontam quais diretorias possuem ações a tomar, enquanto as diretorias apontam quais unidades subordinadas possuem ações a tomar.

3.7.3.3 Entrevistas com as Unidades e Áreas Semelhantes Subordinadas

Após a conclusão da terceira etapa descrita no item 3.7.3, habilitou-se a realização da quarta e última etapa, sendo as entrevistas com as unidades e áreas assemelhadas subordinadas às diretorias de área, realizadas no período entre junho e setembro/2013 e tendo como base as informações obtidas nas entrevistas anteriores e no roteiro de entrevista presente no Apêndice G. As entrevistas tiveram duração total de 16h12min, com duração média de 46min.

As questões presentes no roteiro de entrevista objetivam determinar os indicadores específicos para as unidades com base nos indicadores repassados pelas diretorias, procedimento que visa conferir alinhamento entre a estratégia da entidade e os indicadores dos diferentes níveis hierárquicos da organização. Para os indicadores definidos, busca-se verificar a meta específica relacionada aos indicadores e a estratégia definida por meio do plano estratégico, além de verificar a fórmula e a fonte de dados para este indicador.

4 ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE A REALIDADE ESTUDADA

Tomando por base a metodologia definida para essa investigação, em especial o protocolo de estudo de caso elaborado, a etapa de análise e reflexão sobre a realidade estudada é apresentada a seguir considerando três tópicos principais: (i) o caso, (ii) a identificação do planejamento estratégico e avaliação de desempenho vigentes, (iii) e o modelo conceitual do *Public Value Scorecard* proposto.

4.1 O CASO

Conforme apontado no item 3.2 deste trabalho, escolheu-se para essa investigação um caso Tipo 1, único e holístico (Yin, 2001), sendo este caso o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), escolhido conforme os motivos expostos no item 3.4 deste relatório.

4.1.1 Caracterização

O HC/UFPR, entidade que chegou ao cinquentenário no ano de 2011, é o maior hospital do estado do Paraná, o terceiro maior hospital universitário do Brasil e o maior prestador de serviços do SUS no estado do Paraná. Ainda, é o único hospital universitário federal certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (Hospital de Clínicas da UFPR, 2013)

É administrado totalmente pela União, atendendo, em média, 61 mil pacientes por mês, realizando procedimentos de média e alta complexidade. Pertencente à Universidade Federal do Paraná, primeira universidade do Brasil, está localizado na cidade de Curitiba e envolve residentes, médicos multiprofissionais, alunos de graduação e docentes do curso de medicina no desenvolvimento de atividades formativas na área assistencial (Hospital de Clínicas da UFPR, 2013).

Os serviços de saúde são prestados pela instituição especialmente para pacientes localizados na cidade de Curitiba e em sua região metropolitana, e

eventualmente a pacientes de estados circunvizinhos e outros localizados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil, além de atender pacientes oriundos de outros países da América Latina (Tomasich, 2013).

4.1.2 Estrutura Hierárquica

A Figura 10 demonstra o organograma geral vigente na instituição objeto do estudo de caso. Como se apresenta na referida figura, a entidade possui um Conselho de Administração (COAD) e um Conselho Diretor (CODIR), localizados hierarquicamente acima da Direção Geral, que é responsável, além das assessorias de marketing institucional e de gestão da qualidade, da comissão de licitação e do gabinete da direção geral, pelas seis direções de área elencadas na figura. A Direção Geral é responsável principalmente pela realização de atos necessários à administração geral do hospital, autorizando a execução de despesas, realiza a gestão de contratos e convênios, estabelece políticas de assistência e ensino e mantém relações interinstitucionais para atendimento das necessidades do hospital (Hospital de Clínicas da UFPR, 2013).

Devido a especificidade das diversas especialidades presentes em um hospital de média e alta complexidade, como ocorre nesse caso, a estrutura hierárquica é ampla a partir das direções de área, especialmente com relação à assistência. Hierarquicamente abaixo das direções, a estrutura básica é geralmente composta por unidades ou coordenações, seguidas por serviços, que por sua vez envolvem seções, conforme organogramas das seis diretorias recebidos do Serviço de Planejamento do HC/UFPR.

A Diretoria de Assistência é responsável pela gerência da área de assistência à saúde nas áreas médica, diagnóstica e terapêutica, promovendo sua integração às necessidades de ensino, pesquisa e extensão (Hospital de Clínicas da UFPR, 2013). Conforme documentos internos da instituição, essa direção é responsável pelas seguintes unidades/coordenações:

- Unidade de Apoio e Diagnóstico;
- Unidade de Centro Cirúrgico;
- Coordenação das Unidades de Internação;
- Unidade de Ambulatórios;

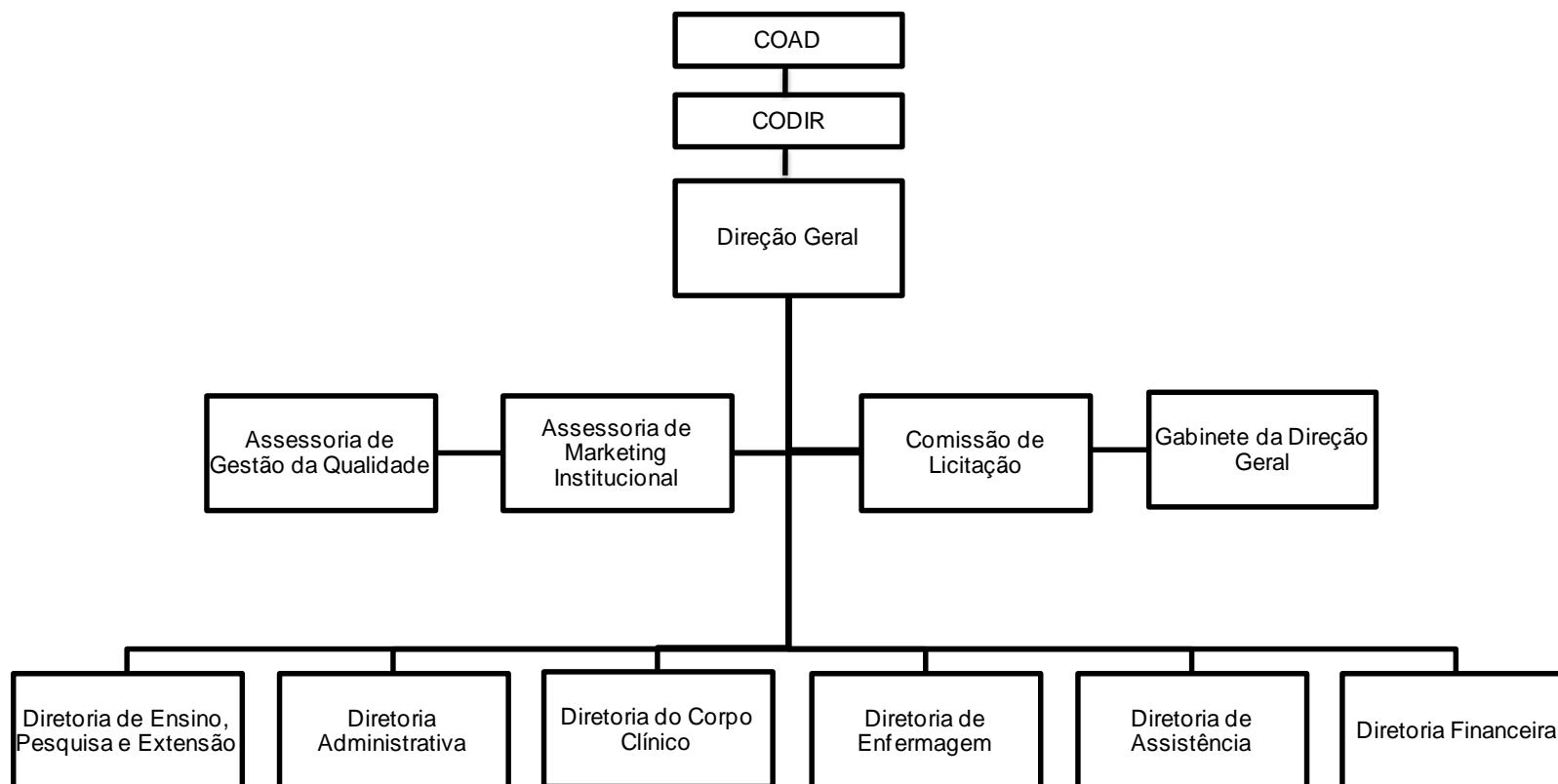


Figura 10. Organograma geral do HC/UFPR
Fonte: Documento interno da instituição

- Unidade de Farmácia Hospitalar;
- Unidade de Nutrição e Dietética;
- Coordenação de Enfermagem;
- Unidade de Oftalmologia;
- Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria;
- Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico e Terapêutico;
- Unidade da Mulher e do Recém-Nascido;
- Unidade de Cardiovascular e Pneumologia;
- Unidade de Imagem e Radioterapia;
- Unidade de Urgência e Emergência Adulto;
- Unidade Cirúrgica;
- Unidade de Otorrino e Cirurgia Cervico-facial;
- Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia;
- Unidade de Pediatria;
- Unidade de Clínica Médica (em implantação).

A Diretoria Administrativa, responsável pela gestão de recursos humanos, infraestrutura e apoio técnico (Hospital de Clínicas da UFPR, 2013), é por sua vez responsável pelas seguintes unidades/coordenações:

- Coordenação do REHUF;
- Unidade de Abastecimento;
- Unidade de Informação;
- Unidade de Infraestrutura;
- Unidade de Hotelaria Hospitalar;
- Unidade de Administração de Pessoas.

A Diretoria Financeira, responsável pelo acompanhamento da execução orçamentária e financeira e pelo cumprimento das normas da Contabilidade Pública (Hospital de Clínicas da UFPR, 2013), possui apenas uma unidade subordinada:

- Unidade de Contabilidade e Finanças.

Já a Diretoria de Enfermagem, a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão e a Diretoria de Corpo Clínico não possuem unidades ou coordenações subordinadas, possuindo apenas responsabilidade sobre serviços e/ou comissões diretamente ligados. Destaca-se, na Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão a sua ligação com a Comissão de Residência Médica, e a ligação à Diretoria do Corpo Clínico a

Comissão de Gerenciamento de Resíduos e o Comitê de Humanização.

4.1.3 Planejamento Estratégico

O HC/UFPR passou por um processo de definição de seu plano estratégico para o período 2012-2015 com início no segundo semestre do ano de 2011. Este processo foi conduzido por seis professores do Departamento de Administração Geral e Aplicada da UFPR (DAGA/UFPR), contando com a participação de trinta e sete colaboradores do hospital, grupo este composto por diretores, gerentes, supervisores, assessores e docentes da área médica. Como resultado, gerou-se um documento interno denominado “Plano Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná”.

O relatório evidencia a formulação do plano estratégico da instituição em três etapas: (i) preparação de *workshops* e entrevistas com *stakeholders* representativos; (ii) aplicação dos *workshops*; (iii) elaboração de relatório com os instrumentos de acompanhamento. Com isto, tal processo obteve os seguintes resultados:

- Atualização da missão do HC/UFPR;
- Atualização da visão do HC/UFPR;
- Definição dos valores do HC/UFPR;
- Análise ambiental, segregada em ambiente interno e ambiente externo, realizada com base no método SWOT;
- Definição dos objetivos estratégicos;
- Elaboração de mapa estratégico com base no modelo BSC, com o enfoque em projetos e ações.

Com base em informações recebidas pelo Serviço de Planejamento e da Direção Geral do HC/UFPR, notou-se que a missão e alguns objetivos presentes no mapa estratégico apresentado no referido documento interno sofreram atualizações, sendo que o documento atualizado foi recebido do SEPLAN no primeiro trimestre de 2013.

4.1.4 Contratos de Gestão Vigentes

Os contratos de gestão são documentos elaborados de forma individual, para

cada unidade implantada no HC/UFPR, que formaliza o pacto de metas entre a Diretoria do Hospital, Gerente da Unidade e Colegiado Interno da Unidade, que por sua vez é formado por supervisores e representantes dos serviços existentes na Unidade. O referido documento é composto por indicadores institucionais e indicadores específicos da unidade, e é firmado pelo Diretor Geral do HC/UFPR, Gerente e Supervisores da Unidade.

Foi recebido pelo Serviço de Planejamento da entidade objeto de estudo o total de 20 contratos de gestão, o que, de acordo com a área, equivale à totalidade de contratos de gestão vigentes na organização durante o período da pesquisa. Tais contratos podem ser divididos em três grupos, de acordo com o período de vigência:

a) De julho/2011 a junho/2013:

- Unidade de Apoio e Diagnóstico;
- Unidade de Centro Cirúrgico;
- Unidade de Ambulatórios;
- Unidade de Farmácia Hospitalar;
- Unidade de Nutrição e Dietética;
- Unidade de Cardiovascular e Pneumologia;
- Unidade de Imagem e Radioterapia;
- Unidade de Urgência e Emergência Adulto;
- Unidade de Abastecimento;
- Unidade de Informação;
- Unidade de Infraestrutura;
- Unidade de Hotelaria Hospitalar;
- Unidade de Administração de Pessoas;
- Unidade de Contabilidade e Finanças;

b) De janeiro/2012 a junho/2013:

- Unidade de Oftalmologia;
- Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria;
- Unidade de Otorrino e Cirurgia Cervico-facial;
- Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia;

c) De julho/2012 a junho/2014:

- Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico e Terapêutico;

- Unidade da Mulher e do Recém-Nascido.

4.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VIGENTES

Com a conclusão dos procedimentos de campo, possibilitou-se a resolução das questões do estudo de caso, definidas por meio do protocolo de estudo de caso elaborado para a presente investigação (Apêndice D).

O presente item concentra as evidências e as respostas obtidas para as seguintes questões do estudo de caso, presentes no referido protocolo de estudo de caso:

- a. Qual a missão, visão e os objetivos estratégicos do HC/UFPR para o período 2012-2015?
- b. Os contratos de metas vigentes no HC/UFPR estão alinhados com a estratégia da instituição?
- c. Os contratos de metas vigentes no HC/UFPR cobrem todas as áreas relevantes em termos de processos e custos da instituição?
- d. O processo de tomada de decisão é realizado na instituição tomando em consideração a estratégia definida?

Ressalta-se que a resolução de tais questões foi possibilitada com a conclusão dos procedimentos de campo (a) a (e) discriminados no protocolo de estudo de caso.

4.2.1 Sobre o Plano Estratégico

O presente item possui como objetivo apresentar resposta à primeira questão definida por meio do protocolo de estudo de caso elaborado para essa investigação: qual a missão, a visão e os objetivos estratégicos do HC/UFPR para o período 2012-2015? A resposta para a referida questão ocorreu por meio de análise dos documentos recebidos pela entidade objeto de estudo.

A missão definida pela entidade objeto de estudo é: **ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na**

inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população.

A visão definida pela entidade objeto de estudo é: **ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, do país, acreditado com excelência.**

Ainda, o plano estratégico da entidade compreende os seus valores, sendo: **humanização, comportamento ético e respeito ao código de conduta da instituição, cidadania, segurança, sustentabilidade, profissionalismo, gestão participativa, transparência, produção e socialização do conhecimento, comprometimento com o ensino, qualidade, inovação e integralidade.**

Os objetivos estratégicos da entidade objeto de estudo conforme o documento interno apresentado pela organização são os seguintes:

- Incrementar o nível de produção de conhecimento por meio de pesquisas e publicações;
- Firmar convênio para criar uma unidade básica para compor o complexo hospitalar para atender todos os níveis;
- Contribuir para situar os cursos da área de saúde entre os mais bem avaliados pelo MEC;
- Formar cidadãos por meio do processo educacional;
- Promover o atendimento humanizado com atividades de pesquisa e extensão articulados com as diversas áreas do conhecimento, favorecendo a integração multiprofissional entre academia e a assistência;
- Promover a formação multidisciplinar.

Ainda, o plano estratégico elaborado pela entidade objeto de estudo contempla objetivos relacionados ao mapa estratégico da organização. O Quadro 11 apresenta os objetivos do mapa estratégico.

Perspectiva do BSC	Grande tema do mapa estratégico	Objetivo
Resultados	Recursos	Aumentar a captação de recursos financeiros
		Adequar a produtividade conforme pactuado com o gestor (SUS) e as necessidades de ensino
	Manutenção e sustentabilidade	Alcançar a sustentabilidade financeira
		Garantir a inovação, a atualização e a excelência
Clientes	Cliente (usuário / paciente e família)	Acolher e assistir o cliente com resolutividade
		Atingir a satisfação pelo ponto de vista do cliente
Processos Internos	Marketing	Aumentar o reconhecimento da marca
	Elaboração, execução, controle e avaliação	Implantar um centro de telemedicina em 4 anos
	Inovação e empreendedorismo corporativo	Oferecer assistência acreditada em nível 3 da ONA aos clientes em 4 anos
	Gestão	Implementar a Política Nacional de Humanização no HC
		Determinar os níveis contratuais com o gestor SUS
		Implantar as unidades gerenciais
		Implantar o Plano Diretor de Tecnologia de Informação
Aprendizado e Crescimento	Colaboradores / talentos	Elaborar e implantar a política interna de gestão de pessoas
	Relação ensino / pesquisa / assistência	Garantir para a sociedade um profissional da área de saúde bem formado sob o ponto de vista técnico e humano
		Pactuar com o Setor de Ciências de Saúde e departamentos de ensino todas as atividades assistenciais desenvolvidas no complexo hospitalar
		Pactuar com os envolvidos simultaneamente com o ensino e a assistência
	Estrutura física	Proporcionar estrutura adequada para ensino, pesquisa e extensão concomitantemente com a assistência

Quadro 11. Objetivos do mapa estratégico da entidade objeto de estudo
Fonte: Documentos internos da entidade

Como pode ser notado por meio do Quadro 11, os objetivos do mapa estratégico foram elaborados com base no modelo BSC.

4.2.2 Sobre o Alinhamento dos Contratos de Gestão com a Estratégia

O presente item possui como objetivo apresentar resposta à segunda questão: os contratos de gestão vigentes no HC/UFPR estão alinhados com a estratégia da instituição?

A entrevista de diagnóstico com a Direção Geral levou à identificação dos **contratos de gestão** como as ferramentas pelas quais indicadores e metas são pactuados entre a direção e as unidades gerenciais.

Inicialmente, buscou-se identificar **se a entidade objeto de estudo utiliza sistemas de controle gerencial**, por meio da entrevista de diagnóstico realizada junto a Direção Geral, conforme Questões de 12 a 15 do Apêndice B. A primeira

indagação trouxe a informação de que, na visão do entrevistado, a entidade não possui sistemas de controle gerencial (mesmo com o fornecimento de uma definição de sistemas de controle gerencial baseada em Otley, 1999, e Merchant & Van Der Stede, 2007).

Buscou-se, então, por meio da Questão 15, explorar quais os **motivos da inexistência de sistemas de controle gerencial** na entidade estudada. Para o indivíduo entrevistado, tal situação explica-se da seguinte forma: (i) insegurança em experimentar a implantação de artefatos oriundos na iniciativa privada (porém não por conta da equipe da entidade, mas sim devido a cultura do serviço público); (ii) falta de ferramentas de informática adequadas para tal intuito; (iii) a evolução gradativa da organização atingiu nesse momento o nível de maturidade e demanda necessários para a adoção de tais práticas (tendo em vista o ambiente do serviço público).

A seguir, exploraram-se questões relacionadas à existência de **sistemas de avaliação de desempenho** na entidade (Questões 22 a 26 do Apêndice B). Apesar do apontamento sobre a inexistência de sistemas de controle gerencial realizada em questão anterior, obteve-se nesse item a informação de que a entidade possui um sistema formal de avaliação de desempenho (Questão 22), sendo a área responsável pelo sistema de avaliação de desempenho o Grupo de Implantação das Unidades Gerenciais (GIUG) que, conforme observado e de acordo com informações obtidas pelos gestores da entidade, é formado por colaboradores das unidades gerenciais implantadas que, com a plena implantação de todas as unidades gerenciais, será convertido em um grupo de manutenção e avaliação das unidades (Questão 23).

O fornecimento dessas últimas respostas pela Direção Geral, que demonstra uma possível contradição pelo apontamento da existência de um artefato de avaliação de desempenho e da inexistência de sistemas de controle gerencial, pode refletir a ideia do respondente sobre a inexistência de um conjunto coordenado de artefatos que componha um sistema de controle gerencial na entidade objeto de estudo.

Indagada sobre qual é o sistema de avaliação de desempenho utilizado (Questão 24), foi informado que se trata de um sistema baseado no modelo de gestão adotado pela entidade, que envolve a existência de contratos de gestão com indicadores e metas firmados entre unidades gerenciais e a direção, não possuindo

um nome específico. Nessa sistemática, as **metas firmadas por meio desses contratos** são monitoradas semestralmente.

Quanto aos motivos **que levaram à existência de um sistema de avaliação de desempenho** (Questão 25), citou-se: (i) as experiências observadas em outras entidades similares, nomeadamente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG); (ii) opinião / recomendação realizada pelo HC/UFMG; (iii) decisão do corpo diretivo e gerencial; (iv) leitura de livros sobre o assunto; (v) o processo de acreditação hospitalar.

Tendo, portanto, identificado os contratos de gestão como as ferramentas utilizadas para a avaliação de desempenho das unidades gerenciais da entidade, buscou-se cópias dos referidos contratos vigentes para proceder a análise documental, de modo a viabilizar a resolução da questão proposta. Como informado no item 4.1.4, foram recebidos 20 contratos de gestão, sendo a totalidade dos contratos vigentes de acordo com o SEPLAN.

Os contratos de gestão recebidos possuem como principal característica a segregação entre **indicadores institucionais e indicadores específicos** da unidade (o que também foi informado nas entrevistas de diagnóstico com ACB08 e ACB09). Notou-se que os indicadores institucionais, no total de cinco (quatro não financeiros e um financeiro) são os mesmos para todas as unidades gerenciais que possuem contratos vigentes (em acordo com o informado por ACB10). Dentre os indicadores específicos (que cada contrato de metas possui, em média, 6 indicadores nesse grupo), notou-se que 100% dos indicadores pactuados são indicadores não financeiros.

Quanto ao **período de vigência** desses contratos, verificou-se, como já detalhado no item 4.1.4, que 70% dos contratos de gestão vigentes tiveram início de vigência antes da conclusão do novo plano estratégico elaborado pela entidade. O mesmo pode ser considerado para os contratos firmados no mês de dezembro/2011 (vigência a partir de janeiro/2012, 20% dos contratos recebidos). Já os dois contratos firmados em agosto/2011 (vigência a partir de julho/2011), mesmo firmados após o processo de definição do plano estratégico 2012-2015 da entidade, mantêm os mesmos indicadores institucionais dos demais contratos firmados antes da conclusão desse processo. Diante desse elemento, não é possível afirmar que os contratos de gestão estão alinhados com a estratégia da entidade.

Outro fator relevante a ser considerado nesse sentido é quanto aos **meios pelos quais a estratégia é comunicada** a todos os colaboradores da entidade (Questão 3 do Apêndice B). De acordo com a Direção Geral, para tal propósito são utilizados os meios de comunicação empregados pela Assessoria de Marketing da entidade, sendo o *site*, os jornais internos (observados o “Jornal do HC” e o “Comprimido”), Ordens de Serviço (documentos emitidos pela Direção Geral voltados à normatização das atividades desenvolvidas na instituição, como observado) e colegiados internos das unidades. Tendo em vista que os contratos de gestão não são considerados como meios de comunicação da estratégia, questiona-se se eles possuem essa finalidade na sua elaboração e utilização.

Como uma terceira fonte de informações para seja alcançada a resposta da questão proposta, procedeu-se uma análise categorial com base nas respostas obtidas nas Questões 15 e 24 da entrevista de diagnóstico com os demais gestores (Apêndice C). Quanto às áreas envolvidas pelos contratos de gestão, apenas não foi possibilitada a entrevista de diagnóstico com o sujeito responsável pela Unidade de Oftalmologia (UNOFT), devido a diversos descumprimentos dos agendamentos realizados para essa finalidade no período de realização dessa etapa.

A Questão 15 do Apêndice C busca determinar como ocorreu o **processo de definição dos indicadores de desempenho** das áreas pesquisadas, considerando que 18 unidades entrevistadas que possuem contratos de gestão declararam possuir indicadores de desempenho (uma unidade – ACB15 - mesmo possuindo contrato de gestão vigente alegou não possuir indicadores). A análise categorial transcorrida resultou no relatório evidenciado por meio do Quadro 12.

Essencialmente, os elementos identificados pela análise realizada das respostas para essas questões puderam ser agrupadas em dois grandes grupos: “com base em” e “por quem”, sendo que os respondentes podem ter citado mais de uma categoria por grupo.

É possível notar que as “necessidades da área” foram as bases mais citadas pelos respondentes para a elaboração dos indicadores de desempenho (61,1% dos respondentes), seguida pelas “fraquezas da área” (16,6% dos respondentes). O “planejamento estratégico”, por sua vez, foi citado por apenas um respondente (ABB05). Além disso, dois respondentes citaram que o processo de definição dos indicadores foi motivado pelo processo de definição de contratos de gestão (ABB02 e ACB14).

Grupo	Categoria	Quantidade	Respondentes
Com base em	Necessidades da área	11	ABB02; ABB03; ABB04; ABB05; ACB02; ACB05; ACB06; ACB07; ACB10; ACB16; AGB01
	Fraquezas da área	3	ABB03; ABB05; AGB01
	Legislação	1	ACB08
	Programas do governo federal	1	ACB08
	Análise de riscos	1	ACB12
	Demandas da Direção Geral	1	ACB05
	Demandas da Direção de Área	1	ACB05
	Informações do SEPLAN	1	ACB05
	Planejamento estratégico	1	ABB05
	Necessidades do paciente	1	ACB16
	Indicadores da Direção de Assistência	1	ACB03
	Levantamento de riscos	1	ACB09
	Modelo de gestão	1	ACB13
	Necessidades da instituição	1	ACB02
	Sugestões da equipe	1	ACB02
Por quem	Colegiado interno	8	ABB01; ACB02; ACB03; ACB07; ACB10; ACB12; ACB16; AGB01
	Gerentes da unidade	4	ABB04; ABB05; ACB06; ACB12
	Supervisores da unidade	3	ABB03; ABB04; ABB05
	GIUG	3	ACB10; ACB14; ACB16
	Chefes de serviço	2	ABB05; ACB12
	Colaboradores da unidade	2	ABB02; ACB06
	Direção do hospital	2	ACB07; ACB10
	Administradores da unidade	1	ACB06
	Serviços da unidade	1	ACB10
	Direção geral	1	ACB13

Quadro 12. Análise categorial: processo de elaboração dos indicadores

Fonte: elaborado pelo autor

Vale ainda ressaltar que os principais envolvidos no processo de definição de indicadores, conforme o Quadro 12, foram colaboradores e grupos internos de cada unidade (colegiado interno, gerentes e supervisores), sendo o GIUG (promotor do sistema de avaliação de desempenho) citado por apenas três respondentes (16,6%).

Tais evidências contrariam o resultado obtido por meio das entrevistas de diagnóstico com as unidades que possuem contratos de gestão e que declararam possuir indicadores de desempenho, mais especificamente da Questão 17 do Apêndice C. O conjunto de respostas obtidas apontou que, ainda que parcialmente, os indicadores de desempenho foram formulados de modo a promover uma ligação

direta com a estratégia da organização (mediana 4).

Já quanto ao **processo de elaboração das metas**, tal informação foi obtida com a resposta da Questão 24 do Apêndice B. Os resultados, conforme Quadro 13, foram agrupados em “com base em” e “por quem”, a exemplo do Quadro 12.

Grupo	Categoria	Quantidade	Respondentes
Com base em	Necessidades da área	7	ABB03; ACB02; ACB05; ACB06; ACB07; ACB10; AGB01
	Fraquezas da área	3	ABB03; ACB12; AGB01
	Planejamento estratégico	2	ACB15; ACB16
	Indicadores	2	ABB05; ACB16
	Modelo de gestão	1	ACB13
	Análise de riscos	1	ACB12
	Literatura	1	ABB04
	Necessidades da instituição	1	ABA02
	Produção	1	ABB04
	Sugestões da equipe	1	ACB02
Por quem	Colegiado interno	13	ABB01; ABB03; ABB05; ACB02; ACB05; ACB07; ACB08; ACB09; ACB10; ACB14; ACB15; ACB16; AGB01
	Direção geral	3	ACB03; ACB09; ACB13
	Gerentes da unidade	3	ABB04; ACB05; ACB06
	GIUG	3	ACB10; ACB12; ACB14
	Direção do hospital	2	ACB08; ACB10
	Colaboradores da área	2	ABB02; ACB06
	Supervisores de área	2	ABB04; ACB05
	Administradores da unidade	1	ACB06
	Necessidades de projetos	1	ABB02
	Serviços da unidade	1	ACB10

Quadro 13. Análise categorial: processo de definição de metas
Fonte: elaborado pelo autor

As respostas compiladas no Quadro 13, das 19 unidades entrevistadas que possuem contratos de gestão vigentes, sete unidades declararam tomar como base as “necessidades da área” (36,8%) e três as “fraquezas da área” (15,8%), sendo que apenas duas unidades citaram o planejamento estratégico como base do processo de definição das metas da unidade. Adicionalmente, apenas uma unidade ressaltou que a definição de metas foi motivada pelo processo de contratos de gestão (ABB02), e seis unidades ressaltaram que o processo de definição de metas ocorreu da mesma forma que o ocorrido com os indicadores (ABB02, ACB02, ACB06, ACB10, ACB13, AGB01).

A exemplo do que foi apontado com relação aos indicadores, a maioria das definições das metas ocorreu internamente às unidades, já que 68,4% dos respondentes apontou o colegiado interno como envolvido no processo de definição das metas. Em seguida, três respondentes citam o envolvimento da Direção Geral, gerentes das unidades e GIUG. Vale ainda ressaltar o comentário de um dos respondentes (ACB06), que considera as metas inexecutáveis.

Como apresentado nos contratos de gestão obtidos, e confirmado pelas entrevistas de diagnóstico (Questão 27 do Apêndice C) com as 19 unidades que declararam possuir indicadores de desempenho e que possuem contratos de gestão vigentes – mediana 5, em uma escala de 0 a 5 -, as metas existentes estão ligadas aos indicadores existentes.

De acordo com os 19 indivíduos, as metas envolvem as principais atividades exercidas pela unidade (Questão 26, Apêndice C, mediana 5) e as metas existentes estão diretamente ligadas com a estratégia definida pela organização (Questão 25, Apêndice C, mediana 5). Considerando que tais metas estão ligadas aos indicadores existentes nos contratos de gestão, e que as demais análises ligadas à aderência entre contratos de gestão e estratégia resultaram em respostas desfavoráveis, esse último resultado mostra-se contraditório com as demais evidências.

Resumindo, os procedimentos adotados apontaram as seguintes evidências:

- ✓ O contrato de gestão é o instrumento utilizado para avaliação de desempenho na organização;
- ✓ As questões temporais relacionadas à pactuação dos contratos vigentes e da elaboração do plano estratégico não possibilitam o alinhamento entre os contratos vigentes e o plano estratégico atual;
- ✓ Os contratos de gestão da entidade não são considerados como um meio de comunicação da estratégia da entidade aos colaboradores da entidade;
- ✓ As necessidades e fraquezas das áreas são os principais elementos considerados na definição de indicadores e metas pelas unidades, ao invés do planejamento estratégico;
- ✓ Os indicadores e metas das unidades são elaborados essencialmente pelos membros internos às unidades, sem demonstrar um processo de alinhamento com a estratégia definida;
- ✓ Na visão dos gestores que possuem contratos de gestão e que

declararam possuir indicadores de desempenho, os indicadores foram parcialmente formulados de modo a promover uma ligação direta com a estratégia da organização;

- ✓ Os mesmos gestores consideram que as metas ligadas aos indicadores existentes e que envolvem as principais atividades exercidas estão diretamente ligadas à estratégia da organização.

Tendo em vista tais evidências, **não é possível afirmar** que os contratos de gestão da entidade objeto de estudo estão alinhados com a atual estratégia da organização.

4.2.3 Sobre a Abrangência dos Contratos de Gestão

O presente item possui como objetivo apresentar resposta à terceira questão definida por meio do Protocolo de Estudo de caso elaborado para essa investigação: os contratos de gestão vigentes no HC/UFPR cobrem todas as áreas relevantes em termos de processos e custos da instituição?

A resposta para a referida questão foi possibilitada pela obtenção do plano estratégico da entidade, da estrutura hierárquica, dos contratos de gestão vigentes e com a realização da entrevista de diagnóstico com a Direção Geral, em que foram concluídas as áreas da entidade relevantes em termos de processos e custos. Para sua resolução, procedeu-se análise dos documentos recebidos pela entidade objeto de estudo e análise interpretativa com a realização de entrevista com a Direção Geral em complemento à observação participante.

Como resposta aos procedimentos de campo detalhados no item retrocitado, depreendeu-se que **as seguintes áreas são relevantes em termos de processos e custos** na organização, devendo estar envolvidas no processo de avaliação de desempenho, observada a delimitação até o nível de Unidades Gerenciais:

- Direção Geral;
 - Assessoria de Marketing Institucional;
 - Assessoria de Gestão da Qualidade;
 - Comitê de Humanização (apesar de subordinada à Diretoria do Corpo Clínico, entende-se e observou-se que possui papel semelhante ao exercido pelas assessorias);
 - Comissão de Licitação (área ligada diretamente à Direção Geral,

porém não possui papel semelhante às assessorias, conforme observado e inquirido)

- Diretoria de Assistência;
 - Unidade de Apoio e Diagnóstico (UAD);
 - Unidade de Centro Cirúrgico (UCC);
 - Unidade de Ambulatórios (UAMB);
 - Unidade de Farmácia Hospitalar (UFH);
 - Unidade de Nutrição e Dietética (UND);
 - Unidade de Oftalmologia (UNOFT);
 - Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria (UNP);
 - Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico e Terapêutico (UNIMULTI);
 - Unidade da Mulher e do Recém-Nascido (UMRN);
 - Unidade de Cardiovascular e Pneumologia (UCP);
 - Unidade de Imagem e Radioterapia (UNIR);
 - Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA);
 - Unidade Cirúrgica (UCIR);
 - Unidade de Otorrino e Cirurgia Cervico-facial (UNORL);
 - Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO);
 - Unidade de Pediatria (UPED);
 - Unidade de Clínica Médica (UNICLIN) – unidade em implantação.
- Diretoria Administrativa;
 - Coordenação do REHUF (CREHUF);
 - Unidade de Abastecimento (UAB);
 - Unidade de Informação (UINF);
 - Unidade de Infraestrutura (UIE);
 - Unidade de Hotelaria Hospitalar (UHH);
 - Unidade de Administração de Pessoas (UAP);
- Diretoria Financeira
 - Unidade de Contabilidade e Finanças (UCF);
- Diretoria de Enfermagem;
- Diretoria de Corpo Clínico;

- Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Tendo em vista este rol de áreas consideradas relevantes em processos e custos, e considerando o rol de áreas que possuem contratos de gestão vigentes citado no item 4.1.4, nota-se que **as seguintes áreas não são abrangidas por contratos formais** com indicadores e metas pactuados:

- Assessoria de Marketing Institucional;
- Assessoria de Gestão da Qualidade;
- Comitê de Humanização;
- Comissão de Licitação;
- Diretoria de Assistência;
 - Unidade Cirúrgica;
 - Unidade de Pediatria;
 - Unidade de Clínica Médica.
- Diretoria Administrativa;
 - Coordenação do REHUF;
- Diretoria Financeira
- Diretoria de Enfermagem;
- Diretoria de Corpo Clínico;
- Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Inicialmente, deve-se ressaltar que, de acordo com informações fornecidas pela Direção Geral e confirmadas pelas gerências de área, a Unidade Cirúrgica e a Unidade de Pediatria ainda estão em processo de definição de indicadores e metas por terem sido recentemente implantadas, e por conta disso não possuem até o momento contratos de gestão pactuados. Já a Unidade de Clínica Médica, criada após essas duas unidades, além de não possuir contratos de gestão vigentes, não apresentava-se plenamente implantada, conforme observações realizadas e informações obtidas em entrevistas.

Tal observação mostra-se contraditória ao notar a resposta obtida por meio da Questão 21 do Apêndice B, já que a Direção Geral informou que ocorre a avaliação de desempenho nos diversos níveis da organização. Porém, como se verifica na ferramenta utilizada pela instituição para a avaliação de desempenho – os contratos de gestão – apenas as unidades gerenciais, subordinadas às diretorias, pactuam tais contratos com indicadores e metas, portanto não envolvendo diferentes níveis

hierárquicos como diretorias e assessorias.

Levando em consideração o rol de áreas retrocitadas que não possuem contratos de gestão, ferramenta de avaliação de desempenho da entidade, **não é possível afirmar** que todas as áreas relevantes em termos de processos e custos são abrangidas pelos contratos de gestão.

4.2.4 Sobre o Processo de Tomada de Decisão

O presente item possui como objetivo apresentar resposta à quarta questão definida por meio do Protocolo de Estudo de caso elaborado para essa investigação: o processo de tomada de decisão é realizado na instituição tomando em consideração a estratégia definida? A resposta para a referida questão foi possibilitada pela conclusão das entrevistas de diagnóstico com os gestores da entidade, e com a obtenção do plano estratégico definido pela entidade.

Inicialmente, retoma-se a questão dos **indicadores de desempenho utilizados pelos gestores da instituição**, considerando o resultado obtido com a Questão 18 do Apêndice B e Questão 16 do Apêndice C. A consolidação das respostas demonstrou que de forma parcial os indicadores de desempenho existentes são utilizados como base do processo de tomada de decisão (mediana 4 de uma escala de 0 a 5).

Porém, devem-se ressaltar contradições existentes nas respostas obtidas: (i) respondente ABB02 que, mesmo concordando totalmente com a afirmação da questão, na Questão 14 declarou que no geral, existem indicadores, mas esses não cobrem adequadamente para balizar todo o processo de tomada de decisão; (ii) respondente ABB03 que, mesmo concordando parcialmente com a afirmação da questão, na Questão 14 declarou que os indicadores atuais ainda não são utilizados para tomar decisões, sendo que os indicadores para esse intuito ainda estão sendo elaborados; (iii) respondente AFB01 que, mesmo concordando parcialmente com a afirmação da questão, na Questão 14 afirmou que os indicadores existem, porém não são utilizados diretamente para subsidiar a tomada de decisão.

Quanto às **características dos indicadores** utilizados pelos gestores, as Questões 18, 19 e 20 das entrevistas realizadas com base no Apêndice C buscaram verificar se tais indicadores medem a eficiência, a eficácia e qualidade dos serviços oferecidos por sua área de atuação, sob a ótica dos gestores. A eficácia mostrou-se

a característica mais aderente aos indicadores existentes (mesmo parcial) tendo em vista os resultados por meio da Questão 18 (mediana 4). Em seguida, verifica-se aderência parcial dos indicadores com relação à necessidade de medição da qualidade dos serviços prestados (Questão 20, mediana 4), enquanto o enfoque à eficiência mostrou-se menos prevalente, com uma concordância parcial porém próxima da neutralidade (Questão 19, mediana 4). Tal enfoque confirma a constatação de que apenas um indicador institucional possui características financeiras e de que todos os indicadores específicos das unidades são não financeiros.

Ainda, corrobora-se esse enfoque ao analisar as respostas obtidas para a Questão 14 do Apêndice C e Questão 19 do Apêndice B, que solicitaram a descrição dos principais indicadores utilizados para apoio à tomada de decisão. Dos 76 indicadores informados pelos gestores entrevistados, 68 indicadores (89,5%) são indicadores não financeiros, enquanto 8 indicadores (10,5%) se tratam de indicadores financeiros.

Ao explorar os **indicadores apontados pelos gestores como aqueles que possuem maior importância no seu processo de tomada de decisão**, confrontando-os com os indicadores presentes nos contratos de gestão, verificou-se que 26 indicadores (38,8%) apontados pelos gestores que possuem contratos de gestão são compatíveis com o que está presente nesses documentos, enquanto 41 indicadores (61,2%) não foram encontrados nos contratos de gestão.

Portanto, se os indicadores existentes são utilizados como base do processo de tomada de decisão da unidade, e levando em conta que as unidades consideram outros indicadores que não estão inclusos nos contratos de gestão como os principais para a tomada de decisões, é correto afirmar que os contratos de gestão são considerados como um instrumento utilizado parcialmente como apoio no processo de tomada de decisões.

Contudo, visualizando tal situação por outro ângulo, nota-se que os contratos de gestão tomam importâncias distintas no processo de tomada de decisão dos gestores nas unidades analisadas. Enquanto seis unidades (33,3%) citaram apenas indicadores presentes no contrato de gestão, outras seis unidades (33,3%) não citaram nenhum indicador presente no contrato de gestão. Já quatro unidades (22,2%) consideraram tanto indicadores presentes no contrato de gestão quanto indicadores não presentes no documento, e duas unidades que possuem contratos

de gestão afirmaram que nenhum indicador é utilizado a contento para a tomada de decisão (11,1%).

Deste modo, é possível depreender que os indicadores podem ser utilizados como base da tomada de decisão da maioria dos gestores, porém tais indicadores são utilizados de modo distinto ao longo das unidades gerenciais, considerando ou não de forma exclusiva os indicadores presentes nos contratos de gestão.

Deve-se trazer à tona que não só as áreas com contratos de gestão vigentes utilizam indicadores de desempenho, como revela os resultados obtidos com as entrevistas de diagnóstico (Questão 13 do Apêndice C e Questão 16 do Apêndice B). Notou-se que 23 das 34 áreas pesquisadas utilizam indicadores de desempenho, sendo 18 unidades gerenciais com contratos vigentes, a Direção Geral, a Diretoria de Assistência, a Assessoria de Gestão de Qualidade e o Comitê de Humanização.

Com relação às últimas áreas citadas, a Direção Geral informou, por meio de resposta à Questão 17 (Apêndice B), que os indicadores utilizados têm como base as metas físicas e financeiras da contratualização realizada junto ao gestor SUS (no caso, a Secretaria Municipal de Saúde representando o MEC), indicadores de ensino e de humanização. A Diretoria de Assistência (Questão 15 do Apêndice C) também utilizou como base a contratualização realizada junto ao gestor SUS com o HC/UFPR.

A Assessoria de Gestão da Qualidade declarou que a definição de indicadores surgiu primeiramente da necessidade de medir a conformidade com os padrões exigidos pela ONA, e em segundo lugar pela necessidade de diagnosticar o nível de segurança com base nos requisitos de Acreditação Hospitalar, literatura específica e definições realizadas na própria assessoria. Já o Comitê de Humanização declarou que os indicadores surgiram das necessidades internas de monitoramento das ações de humanização.

Vale ainda relatar que, com a realização da Questão 14 do Apêndice C, percebeu-se que das 22 áreas que declararam possuir indicadores de desempenho, quatro (ABB03, ABB02, ACB14 e AFB01) declararam que **os indicadores de desempenho existentes não são utilizados ou não são adequados para subsidiar sua tomada de decisão.**

Conforme já apresentado no item 4.2.2, o contrato de gestão possui **metas ligadas aos indicadores** definidos por esse instrumento. Além das 19 unidades gerenciais que possuem contratos de gestão vigentes (conforme menção no item

4.3.2), outros 12 respondentes declararam que suas áreas possuem metas a cumprir (Questão 21 do Apêndice C e Questão 27 do Apêndice B). Quanto à existência de metas individuais (Questão 22 do Apêndice C e Questão 28 do Apêndice B), 23,5% dos respondentes apontaram a existência de metas individuais em suas áreas.

Convém, ainda, destacar dentre os resultados obtidos com a realização das entrevistas, que das 19 unidades que declararam possuir metas a cumprir e que possuem contratos de gestão pactuados e vigentes, 5 respondentes informaram que suas áreas não possuem metas financeiras, ao contrário do que se apresenta no próprio contrato de gestão que possui para cada unidade ao menos uma meta financeira, relacionada a custos da unidade. Já os demais gestores que declararam possuir metas mesmo sem a existência de contratos de gestão, quatro declararam a existência de metas financeiras e não financeiras, enquanto os demais oito declararam a existências de apenas metas não financeiras (Questão 23 do Apêndice C e Questão 25 do Apêndice B).

Verificando a existência de áreas que declararam possuir **metas de forma independente à existência de contratos de gestão vigentes**, faz-se necessário agregar as informações relativas ao **processo de definição de metas** dessas áreas àquelas já apresentadas no Quadro 15, de modo a evidenciar um quadro global dessa situação. Da mesma forma, as informações foram coletadas por meio das respostas obtidas para a Questão 24 do Apêndice C e Questão 30 do Apêndice B, e são apresentadas por meio do Quadro 14.

Nota-se no Quadro 14, em comparação ao Quadro 13, que o planejamento estratégico foi apontado em maior quantidade de áreas que não possuem contratos de gestão – ferramenta de avaliação de desempenho da entidade – do que naquelas que os possuem vigentes.

Porém, ainda mantêm-se como principal base para a definição de metas as “necessidades da área”. Quanto à pessoa ou conjunto que estabeleceu as metas, nota-se que a maioria das áreas que não possuem contratos vigentes apontou a tarefa como realizada pela Direção Geral, todavia o quadro geral mantém o colegiado interno como instância principal para definição das metas.

Acrescenta-se à análise que o respondente ACA03 também citou que as metas são definidas da mesma forma que os indicadores, e que os respondentes AAB01 e AAB02 informaram que as metas existentes estão relacionadas diretamente a projetos da área.

Grupo	Categoria	Quant.	Respondentes
Com base em	Necessidades da área	8	ABB03; ACB02; ACB05; ACB06; ACB07; ACB10; AGA07; AGB01
	Planejamento estratégico	6	AAB01; AAB02; ACB15; ACB16; AE-A05; AFA06
	Fraquezas da área	3	ABB03; ACB12; AGB01
	Indicadores	2	ABB05; ACB16
	Modelo de gestão	2	ABA02; ACB13
	Análise de riscos	1	ACB12
	Contratos de gestão	1	ACA03
	Legislação	1	AAB03
	Literatura	1	ABB04
	Necessidades da instituição	1	ABA02
	Oportunidades de melhoria	1	AGA07
	Produção	1	ABB04
	Sugestões da equipe	1	ACB02
Por quem	Colegiado interno	15	ABB01; ABB03; ABB05; ACB02; ACB05; ACB07; ACB08; ACB09; ACB10; ACB14; ACB15; ACB16; A-DA04; AFB01; AGB01
	Direção geral	8	ABA02; ABC01; ACB03; ACB09; ACB13; ADA04; AEA05; AFA06
	Direção do hospital	4	AAB01; ACB08; ACB10; ADA04
	Gerentes da unidade	4	ABB04; ABC01; ACB05; ACB06
	GIUG	3	ACB10; ACB12; ACB14
	Colaboradores da área	3	AAB03; ABB02; ACB06
	Supervisores de área	2	ABB04; ACB05
	Administradores da unidade	1	ACB06
	Assessoria de gestão de qualidade	1	AFA06
	Necessidades de projetos	1	ABB02
	Serviços da unidade	1	ACB10

Quadro 14. Análise categorial: processo de definição de metas - geral
 Fonte: elaborado pelo autor

A existência de metas é um fator que visa influenciar o processo de tomada de decisão dos colaboradores de uma organização. Tomando uma primeira via de raciocínio, verificando as informações presentes nos Quadros 13 e 14, se o processo de definição das metas não toma como principal base o plano estratégico, mas sim necessidades da área, e são definidas majoritariamente por membros da própria área, não é possível confirmar a ligação de processo de tomada de decisão motivado pelas metas definidas com a estratégia da organização.

Tal raciocínio reforça a contradição presente no resultado apontado com a realização da Questão 25 do Apêndice C, já citada no item 4.3.2. Além disso, a análise pode indicar que os contratos de gestão não têm contribuído a contento para

promover tal ligação entre metas e estratégia.

Visualizando esse cenário por outro ângulo, assume-se que as metas definidas estão diretamente ligadas com os indicadores existentes, como aponta os resultados das Questões 25 do Apêndice C e Questão 31 do Apêndice B (mediana 4). Ainda, assume-se o resultado da Questão 16 do Apêndice C e da Questão 18 do Apêndice B que aponta que os indicadores são utilizados como base do processo de tomada de decisão dos gestores (mediana 4).

Entretanto, como pode se notar pelas informações obtidas e compiladas por meio do Quadro 14, as conclusões demonstradas no item 4.2.2, e as informações presentes nessa seção sobre as áreas que possuem indicadores independentemente da existência de contratos vigentes de gestão, não é possível verificar que os indicadores existentes estão diretamente ligados à estratégia da organização.

Com isso, chega-se ao seguinte processo racional: se as metas possuem o papel de influenciar a tomada de decisão dos gestores, as metas estão ligadas aos indicadores, os indicadores são utilizados como base do processo de decisão, e os indicadores não possuem ligação evidenciada com a estratégia da organização, não é possível depreender que o processo de tomada de decisão, por essa ótica, é realizado com base na estratégia da organização. Tal interpretação reitera a contradição apontada no item 4.2.2 quanto à Questão 17 do Apêndice C, que aponta a ligação entre indicadores e estratégia de acordo com os gestores.

Ainda com relação às metas existentes na organização, foram realizadas perguntas nas entrevistas de diagnóstico de modo a explorar **a existência, o funcionamento e a adequação de sistemas de recompensas**. A resposta afirmativa obtida para a Questão 33 do Apêndice B confirma a existência de um sistema de recompensas atrelado ao alcance de metas na organização. De acordo com a Direção Geral, são disponibilizados recursos financeiros destinados à compra de materiais permanentes em razão proporcional ao alcance das metas definidas por meio dos contratos de gestão pelas unidades, em valor igual para todas as áreas, com o intuito de ensejar conforto e melhoria de desempenho aos servidores (Questão 34, Apêndice B).

A ligação direta entre o sistema de recompensas e os contratos de gestão é corroborada pelas respostas à Questão 28 do Apêndice C, já que as 19 unidades entrevistadas que possuem contratos de gestão vigentes foram aquelas que

afirmaram a existência de sistemas de recompensas em suas áreas.

Quanto à adequabilidade do sistema de incentivos utilizado pela entidade, nota-se primeiramente a resposta obtida por meio da Questão 35 do Apêndice B, em que se assumiu a inadequação do sistema atual de incentivos. Para a Direção Geral, o ideal seria a aplicação de gratificações individuais de acordo com o alcance das metas, podendo ainda ser providas recompensas alternativas às atuais que estão ligadas a verbas destinadas à aquisição de material permanente, podendo ser fornecidas recompensas como folgas e cursos para capacitação. Ainda, considera-se que o montante de recursos financeiros destinados ao sistema de recompensas é inadequado, sendo ideal o aumento dessa verba. Porém, a Direção Geral ainda destaca que as entidades públicas possuem limitações, orçamentárias e de modelo de gestão, para possuírem liberdade de realização de outras modalidades de recompensas que poderiam ser mais efetivas, como recompensas individuais em dinheiro.

A visão dos gestores das unidades que possuem contratos de gestão vigentes é compatível com a visão de inadequação repassada pela Direção Geral. O resultado obtido por meio das respostas à Questão 29 do Apêndice C expressa essa opinião. A mediana das respostas obtidas por meio da escala tipo Likert demonstrou um resultado de 2, ou seja, razoavelmente desfavorável ao modelo atual de recompensas.

As justificativas dadas pelos gestores, por meio de questão aberta, foram categorizadas e revelaram motivos e sugestões dadas pelos entrevistados. Quanto aos motivos, o Quadro 15 demonstra o resultado obtido por meio de análise categorial.

Conforme as informações obtidas e compiladas por meio do Quadro 15, o principal motivo apontado pelos gestores sobre a inadequação do sistema de recompensas vigente está relacionado ao não recebimento das recompensas atreladas às metas atingidas anteriormente, situação que possivelmente desmotiva e desacredita o modelo de compensação instaurado pela organização.

A seguir, os gestores apontam que o valor destinado para o sistema de recompensas é insuficiente para motivar as ações desejadas pela entidade. Ainda, são observadas declarações que denotam nulidade de efeito do sistema de recompensas, afirmando que as metas são buscadas independente da existência de sistemas de incentivos, sobre a falta de crédito dado pelos colaboradores ao sistema

escolhido, e sobre o perfil do serviço público que, para os respondentes especificados, inviabilizam a aplicação de sistemas de incentivos por conta da acomodação gerada pela estabilidade característica dos servidores estatais.

Categoria	Quantidade	Respondentes
Não foram recebidos os incentivos das metas já atingidas	7	ACB02; ACB03; ACB09; ACB12; ACB13; ACB16; AGB01
O montante destinado é insuficiente	4	ABB02; ACB05; ACB06; ACB08
As metas são atingidas independente da existência de incentivos	2	ACB07; ACB16
Colaboradores não valorizam essa forma de incentivo	2	ACB02; ACB15
Há problemas mais relevantes do que materiais permanentes, como falta de pessoal e de estrutura	2	ACB08; ACB09
O perfil do serviço público (estabilidade)	2	ACB02; ACB08
A unidade não necessita de mais materiais permanentes	1	ACB03
Não há flexibilidade para as recompensas	1	ACB03
Materiais permanentes não deveriam ser tratados como recompensas	1	ABB05

Quadro 15. Análise categorial: motivos pela inadequação do sistema de recompensas
 Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se que a forma pela qual é realizada a compensação é ainda mais questionada, como no apontamento de existência de prioridades maiores do que relacionadas a materiais permanentes, a falta de flexibilidade para a utilização dos recursos destinados para recompensas, a argumentação de que materiais permanentes não deveriam ser tratados como recompensas (por serem recursos necessários para o adequado desempenho das atividades dos colaboradores), e o fato relatado de que a unidade não necessita de mais materiais permanentes (o que pode resultar em má aplicação dos recursos disponíveis para essa finalidade, incentivando a aplicação de recursos em bens não prioritários ou em regalias em detrimento de áreas que necessitem de bens móveis para a consecução ideal de suas atividades).

Quanto às sugestões dadas pelos gestores respondentes, a análise categorial resultou nas informações apresentadas por meio do Quadro 16. Observa-se ao interpretar as respostas compiladas no Quadro 16 a importância dada a propostas de compensações individuais, atribuíveis diretamente aos colaboradores de acordo com o seu desempenho. A categoria mais observada nas entrevistas reflete essa percepção, bem como as demais categorias, que propõem recompensas por meio

de cursos de capacitação, em dinheiro, cursos motivacionais, folgas e licenças para estudo.

Categoria	Quantidade	Respondentes
Seria melhor uma compensação individual	7	ABB01; ABB05; ACB05; ACB10; ACB13; ACB14; ACB15
Recompensas com cursos de capacitação	4	ABB02; ABB03; ABB05; ACB03
Recompensas financeiras individuais	4	ABB01; ABB04; ACB07; ACB15
Recompensas com cursos motivacionais	2	ABB03; ACB03
Recompensas com folgas	2	ABB02; ACB10
Aumentar o valor destinado	1	ABB02
Recompensas com licenças para estudo	1	ABB05
Recompensas por assiduidade	1	ABB01
Recompensas por bom relacionamento	1	ABB01
Recompensas por produtividade	1	ABB01

Quadro 16. Análise categorial: sugestões para o sistema de recompensas
Fonte: elaborado pelo autor

Ainda, é proposto que as compensações considerem fatores de desempenho individual, como assiduidade, bom relacionamento interpessoal e produtividade. Por outro lado, existe ainda a percepção de que o aumento do valor destinado às unidades conforme o modelo atual contribuiria para a melhoria do alcance das metas motivadas pelo sistema de recompensas.

Resumindo, os procedimentos adotados apresentaram as seguintes evidências:

- ✓ Os gestores entrevistados consideram que os indicadores existentes são utilizados como base do processo de tomada de decisão, ressalvadas as contradições encontradas;
- ✓ Os indicadores existentes possuem maior enfoque na mensuração da eficácia das ações, e menor enfoque na eficiência;
- ✓ Há maior quantidade de indicadores não financeiros do que indicadores financeiros dentre aqueles utilizados para a tomada de decisão dos gestores;
- ✓ Os indicadores presentes nos contratos de gestão são utilizados de forma parcial como base no processo de tomada de decisão, e considerados de forma diferenciada nas unidades;
- ✓ Há áreas que consideram que os indicadores existentes não subsidiam adequadamente o processo de tomada de decisão;

- ✓ As metas existentes nas áreas tomam como principal base as necessidades internas e são definidas majoritariamente por membros internos das áreas;
- ✓ Não é possível visualizar que os contratos de gestão têm contribuído para o alinhamento entre metas e estratégia;
- ✓ Considerando que os indicadores são utilizados como base do processo de tomada de decisão, não é possível verificar a ligação entre indicadores e estratégia;
- ✓ O sistema de recompensas existente na instituição é considerado inadequado pelos gestores para motivar as ações desejadas dos colaboradores, especialmente por conta do não recebimento das recompensas de períodos anteriores e pelo valor considerado insuficiente;
- ✓ Para os gestores, a existência de compensações atribuíveis diretamente aos funcionários seria uma alternativa ao modelo atual que pudesse motivar as ações desejadas.

Portanto, tendo em vista as evidências obtidas por meio dos procedimentos adotados, entende-se que **não é possível afirmar** que o processo de tomada de decisão na entidade objeto de estudo é realizado com base na estratégia da organização.

4.2.5 Relatório sobre o Planejamento Estratégico e Avaliação de Desempenho Vigentes

Os procedimentos adotados no estudo de caso apresentaram os contratos de gestão como a principal ferramenta utilizada para avaliação de desempenho na entidade, fazendo-se necessário sua análise para verificar sua compatibilidade com a estratégia adotada pela instituição.

Com a aplicação dos procedimentos, notou-se que tais contratos não envolvem os diferentes níveis hierárquicos da instituição ou todas as áreas consideradas relevantes em termos de processos e custos. Para as áreas que possuem contratos de gestão vigentes, verificou-se que tais contratos não são considerados pela gestão como uma ferramenta voltada à comunicação da estratégia ao longo da organização. Reforça-se a ausência de integração entre os

contratos e a estratégia ao verificar que os indicadores e metas que os compõem são formulados principalmente pela própria área avaliada pelo contrato de gestão e com base nas necessidades e fraquezas dessa área, sendo colocado em segundo plano o disposto no plano estratégico nesse processo de elaboração.

Apesar das evidências descritas acima, e também considerando o lapso temporal entre a pactuação dos contratos de gestão e a elaboração do plano estratégico vigente, os gestores entrevistados consideram que as metas definidas nos contratos de gestão estão diretamente ligadas com a estratégia da organização, o que, levando em consideração as evidências expostas, demonstra-se contraditório.

Considerando que os indicadores existentes nas unidades são utilizados como base do processo de tomada de decisão (mesmo que, em termos gerais, de forma parcial), pode-se entender que, ao não estarem ligados com a estratégia e serem elaborados pelos membros das próprias áreas com base em necessidades internas, os indicadores existentes possam estar conduzindo os gestores a priorizar elementos que não sejam congruentes com a estratégia adotada pela organização, fator que pode ser reforçado pela existência de incentivos ligados ao alcance das metas dos contratos de gestão (mesmo que tais recompensas sejam consideradas inadequadas pelos gestores entrevistados).

Desse modo, entende-se com base nas evidências apresentadas que se torna relevante a proposição de um sistema estratégico de avaliação de desempenho para a entidade objeto de estudo, como o *Public Value Scorecard*, para que esse possa contribuir adequadamente para apoiar a implantação da estratégia elaborada e o cumprimento de sua missão.

4.3 MODELO CONCEITUAL DO *PUBLIC VALUE SCORECARD* PROPOSTO

O presente item concentra as evidências e as respostas obtidas para as seguintes questões do estudo de caso, presentes no referido protocolo de estudo de caso:

- e. Quais áreas são relevantes em termos de processos e custos na instituição, e que deverão compor o sistema de avaliação de desempenho a ser projetado?

- f. Quais indicadores e metas deverão compor o sistema de avaliação de desempenho projetado para a instituição?

Ressalta-se que a resolução de tais questões foi possibilitada com a conclusão do objetivo específico (1) e dos procedimentos de campo (f) a (g) discriminados no protocolo de estudo de caso, identificando dessa forma o campo institucional da organização (Rocha & Guerreiro, 2010).

4.3.1 Abrangência da Proposta do *Public Value Scorecard*

O presente item possui como objetivo apresentar resposta à quinta questão definida por meio do protocolo de estudo de caso elaborado para essa investigação: quais áreas são relevantes em termos de processos e custos na instituição, e que deverão compor o sistema de avaliação de desempenho a ser projetado?

A resposta para a referida questão foi possibilitada pela conclusão das entrevistas de diagnóstico com os gestores da entidade e pela análise documental realizada nos organogramas recebidos.

Inicialmente, é salutar o resgate do exposto no item 1.4 desse trabalho, sobre a delimitação do estudo em tela. Conforme a delimitação exposta quanto aos indivíduos entrevistados, busca a elaboração de uma proposta de sistema de avaliação de desempenho que alcance o nível hierárquico até a posição das unidades gerenciais ou estruturas semelhantes a elas.

Com isso, a proposta apresentada abrange as **áreas consideradas relevantes em termos de processos e custos** já expostas no item 4.2.3 desse trabalho, um total de 34 áreas (Direção Geral, duas assessorias, um comitê, uma comissão, seis diretorias de área, vinte e duas unidades funcionais e uma coordenação). A Figura 11 apresenta as áreas organizadas de forma hierárquica consideradas para essa proposta.

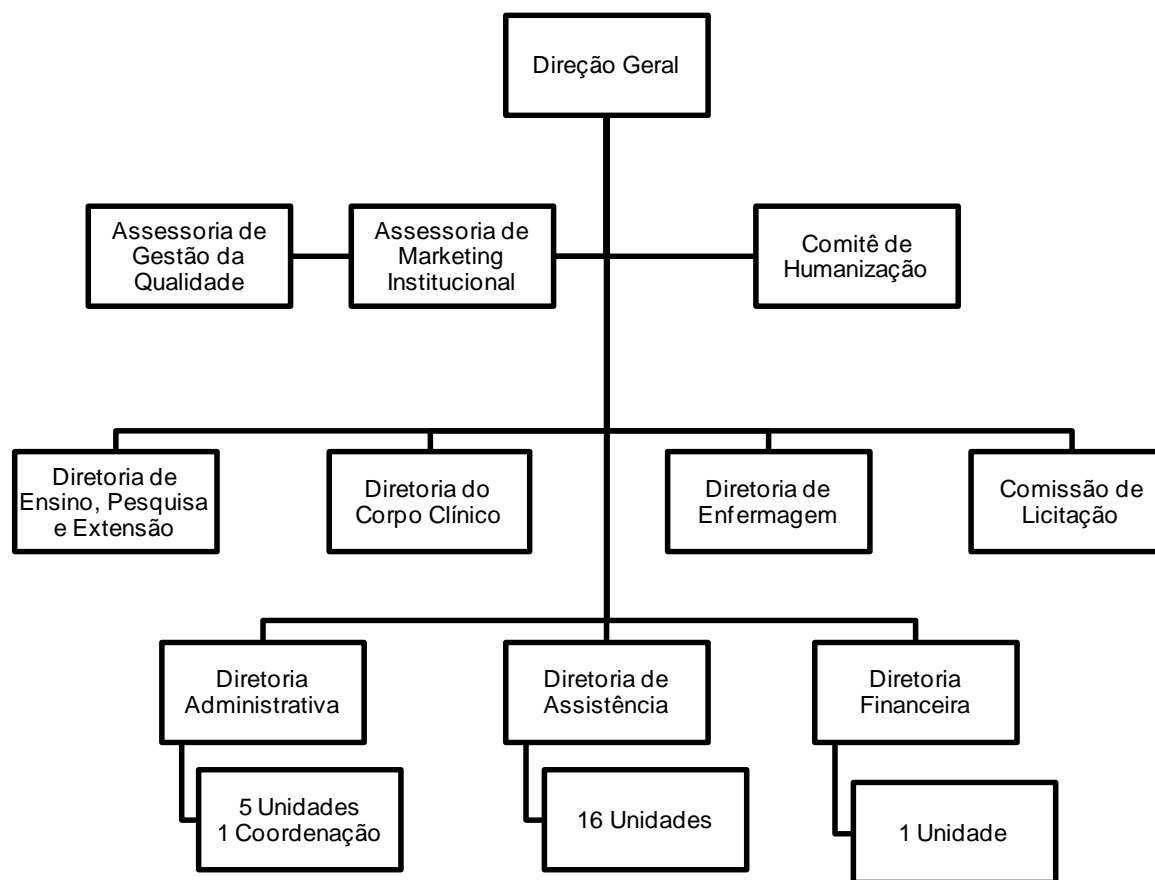


Figura 11. Organograma para proposta do sistema de AD
Fonte: adaptado de documento interno da entidade

Conforme já apresentado no item 4.2.3, dentre as áreas subordinadas à Direção Geral constam as assessorias e o Comitê de Humanização, com papel assemelhado às assessorias, ao atuarem em ações específicas de interesse da organização e com abrangência à todas as demais direções. Já a Comissão de Licitação não possui o mesmo papel, por realizar atividades operacionais relacionadas a aquisições (com maior semelhança às unidades gerenciais do que às assessorias), cuja localização na estrutura hierárquica deve-se a conflitos de interesse que podem afetar a independência na realização de suas atividades. Ainda, conforme apresentado no item 4.2.3, a Unidade de Clínica Médica (UNICLIN) é uma área considerada em implantação na organização e, por conta disso, não foi considerada para a proposta de sistema de avaliação de desempenho.

Diante dessa disposição hierárquica, adotou-se a seguinte **estratégia para o alinhamento dos indicadores gerais às unidades operacionais**: (i) determinação dos indicadores com base na estratégia vigente com a Direção Geral e cascadeamento para as assessorias ou diretorias ou comissão de licitação; (ii) determinação dos indicadores das assessorias que foram repassados pela Direção Geral e cascadeamento para as diretorias e comissão de licitação; (iii) determinação dos indicadores junto à comissão de licitação que foram repassados pela Direção Geral e pelas assessorias; (iv) determinação dos indicadores das diretorias de área que foram repassados pela Direção Geral ou pelas assessorias; (v) determinação dos indicadores das unidades e coordenações que foram repassados pelas diretorias de área.

4.3.2 Composição da Proposta do *Public Value Scorecard*

O presente item possui como objetivo apresentar resposta à sexta questão definida por meio do protocolo de estudo de caso elaborado para essa investigação: quais indicadores e metas deverão compor o sistema de avaliação de desempenho projetado para a instituição? A resposta para a referida questão foi possibilitada pela conclusão das entrevistas com os gestores da entidade para modelagem conceitual e pela análise documental realizada no plano estratégico da entidade.

Primeiramente, buscou-se **avaliar a necessidade da adoção de um sistema estratégico de avaliação de desempenho** na entidade objeto de estudo por meio de 11 perguntas adaptadas de um questionário em escala tipo Likert proposto por

Niven (2003), voltado inicialmente para avaliar a necessidade de um *Balanced Scorecard* em uma entidade sem fins lucrativos. A realização dessas questões (Questões 2 e 4 a 11 do Apêndice B, Questões 2 a 12 do Apêndice C), dessa forma, busca acrescentar aos argumentos já apresentados nesse sentido nos tópicos anteriores.

O resultado obtido (com base na mediana) para as questões realizadas aos sujeitos de pesquisa é apresentado na Tabela 1, tomando como base as questões presentes no Apêndice B.

Tabela 1 - Avaliação da necessidade de um sistema estratégico de avaliação de desempenho

Questão	Inverte a escala?	Mediana
2	Sim	1
3	Sim	3
4	Sim	2
5	Sim	2
6	Sim	1
7	Sim	4
8	Sim	5
9	Não	5
10	Não	5
11	Não	5
12	Não	5
Total		35

Fonte: Adaptado de Niven (2003)

Diante dos resultados apresentados na Tabela 1, possibilita-se avaliar a necessidade de adoção de um sistema estratégico de avaliação de desempenho, como o *Public Value Scorecard*, na entidade objeto do estudo, tomando como base as três faixas de escores propostas no modelo original de Niven (2003). A primeira faixa (equivalente a 20 a 30% dos pontos alcançados no questionário) representa a existência de um forte sistema de avaliação na empresa; a segunda faixa (de 31 a 60% dos pontos) representa que nem todos os benefícios que podem ser fornecidos por um sistema de avaliação de desempenho estão sendo alcançados, sendo recomendável a adoção de um sistema estratégico; a terceira faixa (de 61 a 100% dos pontos) revela, de acordo com o autor, grande dificuldade na execução da estratégia da entidade, sendo um sistema estratégico de avaliação de desempenho fortemente recomendado.

Com isso, é possível entender por meio dos resultados obtidos que a adoção de um sistema estratégico de avaliação de desempenho pode ser considerada fortemente recomendável para a entidade objeto de estudo, considerando a mediana

das respostas obtidas (63,6%, 35 pontos de 55 possíveis).

Para a Questão 3 (Apêndice C) buscou-se, por meio de uma questão aberta, explorar os motivos pelos quais a estratégia não é conhecida pelos colaboradores, quando os sujeitos de pesquisas informaram 1 ou 2 como resposta a essa questão. As respostas obtidas sofreram uma análise categorial, e os resultados são apresentados por meio do Quadro 17.

Categoria	Quantidade	Respondentes
Falta de divulgação ao nível operacional	8	ABB01; ABB05; ACB05; ACB10; ACB13; ACB14; ACB15
Falta de interesse dos colaboradores	4	ABB02; ABB03; ABB05; ACB03
Falta de envolvimento dos colaboradores	3	ABB01; ABB04; ACB07; ACB15
Grande quantidade de funcionários terceirizados	1	ABB03; ACB03

Quadro 17. Análise categorial: motivos pelo desconhecimento da estratégia da entidade
Fonte: elaborado pelo autor

Como é possível perceber por meio das informações presentes no Quadro 19, a principal causa para os gestores entrevistados que resultam em desconhecimento da estratégia da entidade pelos colaboradores é a inadequação da divulgação realizada ao nível operacional, o que é seguido pela falta de interesse dos colaboradores em conhecer a estratégia e pela falta de envolvimento dos colaboradores no processo de definição e execução da estratégia.

Diante das evidências coletadas, torna-se relevante a proposição de um sistema de avaliação de desempenho para a entidade objeto de estudo, como o *Public Value Scorecard*. A presente investigação busca, nesse sentido, realizar uma proposta de modelagem conceitual do PVS para a entidade objeto de estudo.

Para a elaboração desse modelo conceitual, adotou-se a seguinte estratégia:

1. Análise dos objetivos estratégicos e do mapa estratégico da entidade objeto do estudo de caso e enquadramento dos objetivos nas perspectivas do *Public Value Scorecard*;
2. Identificação de elementos presentes no modelo PVS não contemplados entre os objetivos da entidade;
3. Definição de objetivos para os elementos presentes no modelo PVS não contemplados entre os objetivos da entidade e enquadramento dos objetivos nas perspectivas do *Public Value Scorecard*;
4. Identificação dos sujeitos relacionados ao modelo proposto;

- a. Clientes *upstream*;
 - b. Clientes *dowstream*;
 - c. Agentes da sociedade civil;
 - d. Órgãos reguladores do governo;
 - e. Parceiros ou co-produtores.
5. Formulação da proposta de avaliação de desempenho, seguindo um processo de cascadeamento de acordo com a estrutura hierárquica da entidade;
- a. Direção Geral;
 - b. Assessorias, Comissões e Comitês;
 - c. Diretorias de Área;
 - d. Unidades Gerenciais e Coordenações.

Para iniciar o processo de modelagem conceitual do *Public Value Scorecard* para a entidade objeto de estudo, foi necessário **analisar os objetivos definidos no plano estratégico** vigente na entidade com os pressupostos existentes no modelo de avaliação de desempenho proposto por Moore (2003). Para tal análise, **confrontaram-se os elementos presentes nas perspectivas do *Public Value Scorecard***, conforme item 2.2.5 desse trabalho, com objetivos definidos pela organização conforme o item 4.2.1.

Nessa análise, buscou-se enquadrar os objetivos definidos nas perspectivas do *Public Value Scorecard*, tomando como base especialmente os elementos presentes na Figura 5. A referida análise resultou no exposto por meio do Quadro 18.

Com a realização da referida análise, notou-se que alguns elementos presentes no modelo PVS não possuíam objetivos atrelados, sendo:

- Perspectiva “Legitimidade e Apoio”:
 - Captação de recursos não financeiros;
 - Papeis e relações com voluntários;
 - Reputação com a mídia;
 - Credibilidade com agentes da sociedade civil;
 - Relações com órgãos reguladores do governo;
- Perspectiva “Capacidades Operacionais”;
 - Capacidade e moral dos parceiros.

Perspectiva	Objetivo
Missão Social	Obj. Est. ¹⁹ # Incrementar o nível de produção de conhecimento por meio de pesquisas e publicações
	Obj. Est. # Firmar convênio para criar uma unidade básica para compor o complexo hospitalar para atender todos os níveis
	Obj. Est. # Contribuir para situar os cursos da área de saúde entre os mais bem avaliados entre o MEC
	Obj. Est. # Formar cidadãos por meio do processo educacional
	Obj. Est. # Promover o atendimento humanizado com atividades de pesquisa e extensão articulados com as diversas áreas do conhecimento, favorecendo a integração multiprofissional entre academia e a assistência
	Obj. Est. # Promover a formação multidisciplinar
	Obj., M.E. ²⁰ # Atingir a satisfação pelo ponto de vista do cliente
	Obj., M.E. # Acolher e assistir o cliente com resolutividade
	Obj., M.E. # Garantir para a sociedade um profissional da área de saúde bem formado sob o ponto de vista técnico e humano
Legitimidade e Apoio	Obj., M.E. # Aumentar a captação de recursos financeiros
	Obj., M.E. # Oferecer assistência acreditada em nível 3 da ONA aos clientes em 4 anos
	Obj., M.E. # Aumentar o reconhecimento da marca
	Obj., M.E. # Determinar os níveis contratuais com o gestor SUS
Capacidades Operacionais	Obj., M.E. # Adequar a produtividade conforme o pactuado com o gestor (SUS) e as necessidades de ensino
	Obj., M.E. # Alcançar a sustentabilidade financeira
	Obj., M.E. # Garantir a inovação, a atualização e a excelência
	Obj., M.E. # Implantar um centro de telemedicina em 4 anos
	Obj., M.E. # Implementar a Política Nacional de Humanização no HC
	Obj., M.E. # Implantar as unidades gerenciais
	Obj., M.E. # Implantar o Plano Diretor de Tecnologia de Informação
	Obj., M.E. # Elaborar e implantar a política interna de gestão de pessoas
	Obj., M.E. # Pactuar com Setor de Ciências da Saúde e departamentos de ensino todas as atividades assistenciais desenvolvidas no complexo hospitalar
	Obj., M.E. # Pactuar com os envolvidos simultaneamente com o ensino e a assistência
	Obj., M.E. # Proporcionar estrutura adequada para ensino, pesquisa, extensão concomitantemente com a assistência

Quadro 18. Alocação dos objetivos da entidade no modelo PVS

Fonte: elaborado pelo autor

Levando em consideração tais lacunas encontrados com essa análise, buscou-se por meio de entrevista com a Direção Geral traçar objetivos para esses itens não contemplados e considerados importantes pelo modelo PVS (Questão 7, Fase 3, Apêndice D). O referido inquérito alcançou os seguintes resultados, conforme se apresenta por meio do Quadro 19.

¹⁹ Objetivo estratégico

²⁰ Objetivo do mapa estratégico

Perspectiva	Objetivo
Legitimidade e Apoio	Manter a existência de um quadro de voluntários sociais e profissionais na entidade
	Manter o conceito de instituição segura, confiável e de alta qualidade junto a mídia
	Reverter a imagem de instituição voltada apenas para atender a população carente
	Aumentar a capacidade de captação, processamento e distribuição de materiais biológicos
	Aumentar a captação de equipamentos hospitalares
	Melhorar os processos de trabalho de modo a cumprir as exigências dos órgãos reguladores
	Criar canais de comunicação com sindicatos e conselhos regionais de modo a estabelecer o perfil de atuação mais adequado em relação ao hospital
Capacidades Operacionais	Ampliar as parcerias com instituições e manter as parcerias existentes por manutenção de comunicação e contato social

Quadro 19. Novos objetivos com base no modelo PVS

Fonte: elaborado pelo autor

Além disso, para que seja possível elaborar de modo adequado os indicadores relacionados aos objetivos definidos, fez-se necessário **identificar os sujeitos relacionados ao modelo proposto**, sendo: (i) clientes *downstream*, ligados ao alcance da missão social; (ii) clientes *upstream*, ligados a legitimidade e apoio; (iii) agentes da sociedade civil, ligados a legitimidade e apoio; (iv) órgãos reguladores do governo, ligados à legitimidade e apoio; (v) parceiros ou co-produtores, ligados às capacidades operacionais.

Para tal, inquiriu-se a Direção Geral, conforme roteiro de entrevista presente no Apêndice E (Fases 1 e 2). Como resultado, identificou-se os seguintes sujeitos, apresentados no Quadro 20.

Informa-se adicionalmente que a Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia (APACN) foi incluída dentre os parceiros ou co-produtores pelo próprio pesquisador com base na observação realizada na entidade objeto de estudo.

Grupo	Sujeito
Clientes <i>Upstream</i>	Governo federal, estadual e municipal
	Associação dos Amigos do HC
	Projeto HC Conta com Você (FUNPAR)
	Parlamentares (emendas)
Clientes <i>Downstream</i>	Pacientes
	Estudantes da área de saúde
Agentes da Sociedade Civil	Sindicato dos trabalhadores (SINDITEST)
	Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR)
	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR)
	Conselho Regional dos Técnicos em Radiologia/PR (CRTR-PR)
	Demais conselhos profissionais
	Organização Nacional de Acreditação (ONA)
Órgãos Reguladores do Governo	Controladoria-Geral da União (CGU)
	Tribunal de Contas da União (TCU)
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
	Órgãos reguladores ambientais
	Ministério da Saúde
Parceiros ou Co-Produtores	Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia (APACN)
	Associação Maria Ligia Cercal (AMALICE)
	Associações de pacientes
	Centro de Medicamentos Básicos do Paraná (CEMEPAR)
	Conselho Nacional de Justiça (CNJ)
	Frentes parlamentares/bancadas da saúde
	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE)

Quadro 20. Grupo e sujeitos mapeados para a proposta de PVS
Fonte: elaborado pelo autor

Realizados os procedimentos descritos, possibilitou-se a **formulação da proposta de avaliação de desempenho** para o caso estudado, conforme procedimentos descritos na Fase 4 do Apêndice E para a Direção Geral, Apêndice F para as diretorias de área e assessorias, e Apêndice G para unidades gerenciais, coordenações e comissões.

A entrevista semi-estruturada com a Direção Geral foi realizada em duas ocasiões, ocorridas no mês de abril/2013, por conta de limitações de tempo com o sujeito entrevistado. Com as direções de área e assessorias, as entrevistas ocorreram nos meses de abril/2013 e maio/2013, sendo que para uma assessoria e para duas diretorias foram necessários dois encontros para a conclusão dos procedimentos, pelo mesmo motivo exposto como o ocorrido com o primeiro sujeito entrevistado. Com as coordenações, comissões e unidades gerenciais, as entrevistas foram realizadas no período entre junho/2013 e setembro/2013.

O Quadro 21 apresenta a proposta de avaliação de desempenho para a Direção Geral, com base nas entrevistas realizadas e procedimentos pregressos.

Perspectiva	Objetivo	Indicador	Meta	Criticidade	Área Cascadeada	Item
Missão Social	Atingir a satisfação pelo ponto de vista dos clientes	Satisfação dos pacientes por meio de pesquisa de satisfação	80% de satisfação	4	Assessoria de Gestão da Qualidade; Assessoria de Marketing Institucional; Comitê de Humanização	1
		Satisfação dos estudantes	80% de satisfação	4	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	2
		Satisfação dos professores da área de Ciências da Saúde	80% de satisfação	4	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	3
	Incrementar o nível de produção de conhecimento por meio de pesquisas e publicações	Implantação do núcleo de apoio ao pesquisador	100% implantado até 2015	4	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	4
	Firmar convênio para criar uma unidade básica para compor o complexo hospitalar para atender todos os níveis	Implantação da unidade básica ligada ao hospital por meio de convênio com o gestor municipal	Implantação da unidade básica até o 1º sem/14	4	Diretoria de Assistência; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	5
	Contribuir para situar os cursos da área de saúde entre os mais bem avaliados entre o MEC	Resultado do ENADE	Estar entre os 10 melhores rankeados até 2015 na área de saúde	4	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	6
	Formar cidadãos por meio do processo educacional	Alinhamento do currículo e atividades extracurriculares com as diretrizes do MS e MEC para formação do profissional cidadão	Estabelecimento de canal de comunicação com o Setor de Ciências da Saúde	4	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	7
		Adesão ao Código de Conduta do HC pelos alunos de graduação e pós-graduação	90% de adesão pelos alunos de graduação e pós-graduação	4	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	8
		Adesão ao Código de Conduta do HC pelos profissionais do hospital	90% de adesão pelos servidores	4	Diretoria do Corpo Clínico	9

	Promover a formação multidisciplinar	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	3	Diretoria de Assistência; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Enfermagem	10
	Acolher e assistir o paciente com resolutividade	% de retornos dos pacientes ao pronto-atendimento do HC	Reduzir o % de retorno de pacientes ao pronto-atendimento em relação a 2011	4	Diretoria de Assistência	11
		% de retornos dos pacientes dentro do prazo definido	De acordo com informações das unidades assistenciais	4	Diretoria de Assistência	12
		Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	4	Diretoria de Assistência	13
		% de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	4	Diretoria de Assistência	14
		Taxa de permanência	7 dias até 2015	4	Diretoria de Assistência	15
		Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar nas unidades dentro dos padrões aceitáveis	4	Diretoria de Assistência	16
		Taxa de mortalidade	Manter a taxa abaixo de 3,4% por ano	4	Diretoria de Assistência	17
	Promover o atendimento humanizado	Satisfação do aluno quanto ao atendimento humanizado	30% de satisfação (conforme Comitê de Humanização)	4	Comitê de Humanização	18
		Satisfação do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de satisfação (conforme Comitê de Humanização)	4	Comitê de Humanização	19
Legitimidade e Apoio	Manter a existência de um quadro de voluntários sociais e profissionais na entidade	Número de voluntários registrados	Manter o quadro atual de voluntários sob controle de riscos para a entidade	2	Diretoria do Corpo Clínico	20
	Manter o conceito de instituição segura, confiável e de alta qualidade junto a mídia	Número de matérias positivas na mídia	80% de matérias positivas detectadas na mídia	4	Assessoria de Marketing Institucional	21

	Reverter a imagem de instituição voltada apenas para atender a população carente	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC voltada à divulgação de pesquisas	Aumentar em 10% as fontes internas até 2015	3	Assessoria de Marketing Institucional	22
	Aumentar a capacidade de captação, processamento e distribuição de materiais biológicos	Recredenciamento do banco de tecidos musculoesquelético	Recredenciar o banco até 2015	3	Diretoria de Assistência	23
	Aumentar a captação de equipamentos hospitalares	% de equipamentos recebidos com base em projetos elaborados	Conforme unidades assistenciais	2	Diretoria de Assistência; Diretoria Administrativa	24
	Melhorar os processos de trabalho de modo a cumprir as exigências dos órgãos reguladores	Número de autos de infração e recomendações de auditoria	Sem inconformidades junto aos órgãos de controle externo (SUS, TCU, CGU)	4	Comissão de Licitação; Diretoria de Assistência; Diretoria Administrativa; Diretoria Financeira	25
	Criar canais de comunicação com sindicatos e conselhos regionais de modo a estabelecer o perfil de atuação mais adequado em relação ao hospital	Número de crises e ocorrências com os órgãos representativos da sociedade civil	Ausência de ocorrências sem a devida solução que impactem na continuidade das atividades	4	Direção Geral; Diretoria Administrativa	26
	Aumentar a captação de recursos financeiros	Receita obtida	Aumentar a captação de recursos financeiros em comparação a 2011	5	Direção Geral	27
	Oferecer assistência acreditada em nível 3 da ONA aos clientes em 4 anos	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	3	Assessoria de Gestão da Qualidade	28
	Aumentar o reconhecimento da marca	% reconhecimento pela comunidade interna e externa verificada por meio de pesquisa	80% de reconhecimento positivo para a comunidade externa; 70% de reconhecimento positivo para a comunidade interna	3	Assessoria de Marketing Institucional	29
	Determinar os níveis contratuais com o gestor SUS	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas	Pactuar com sucesso em todos os anos	4	Direção Geral; Diretoria de Assistência	30

Capacidades Operacionais	Ampliar as parceiras com instituições e manter as parcerias existentes por manutenção de comunicação e contato social	Número de instituições parceiras	Aumentar a rede de instituições parceiras com relação a 2011	3	Direção Geral	31
	Pactuar com Setor de Ciências da Saúde e departamentos de ensino todas as atividades assistenciais desenvolvidas no complexo hospitalar	% de pactos fechados com o setor e departamentos de ensino e assistência	100% de pactos fechados até 2015	5	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	32
	Elaborar e implantar a política interna de gestão de pessoas	% de implantação da Política Interna de Gestão de Pessoas	100% implantada até 2015	5	Diretoria Administrativa	33
	Adequar a produtividade conforme o pactuado com o gestor (SUS) e as necessidades de ensino	% de procedimentos pactuados e devidamente faturados	Alcançar 90% da produtividade pactuada	4	Diretoria Financeira; Diretoria de Assistência	34
	Alcançar a sustentabilidade financeira	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	4	Direção Geral; Diretoria Financeira; Diretoria Administrativa; Diretoria de Assistência; Comissão de Licitação	35
	Garantir a inovação, a atualização e a excelência	Número de parcerias com instituições de pesquisa	Estabelecer parceria com instituição de pesquisa de alto conceito	4	Direção Geral; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem	36
		Número de pesquisas conjuntas com instituições de pesquisa construídas por meio do núcleo de apoio ao pesquisador, grupos de pesquisa e programas de pós-graduação	Pelo menos uma pesquisa até 2015 por meio do Núcleo de Apoio ao Pesquisador; alcançar ao menos 10 novas pesquisas por ano por meio dos grupos de pesquisa e programas de pós-graduação	4	Direção Geral; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	37

	Implantar um centro de telemedicina, em 4 anos	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	4	Diretoria de Assistência; Diretoria Administrativa; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	38
	Implementar a Política Nacional de Humanização no HC	% implantação da Política Nacional de Humanização	100% implantado até 2014	3	Comitê de Humanização	39
	Implantar as Unidades Gerenciais	% de unidades gerenciais implantadas	100% das unidades gerenciais implantadas	4	Diretoria Administrativa; Diretoria de Assistência	40
	Implantar o Plano Diretor de Tecnologia de Informação	% implantação do PDTI	70% implantado até 2015	4	Diretoria Administrativa	41
	Proporcionar estrutura adequada para ensino, pesquisa, extensão concomitantemente com a assistência	% de obras de adequação completadas	70% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	3	Diretoria Administrativa	42
		% de solicitações de manutenção completadas	70% de solicitações de manutenção completadas até 2015	3	Diretoria Administrativa	43
		% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura	80% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura até 2015	3	Diretoria Administrativa	44
	Pactuar com os envolvidos simultaneamente com o ensino e a assistência	% de pactos fechados com o setor e departamentos de ensino e assistência	100% de pactos fechados até 2015	5	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	45

Quadro 21. Proposta de PVS para a Direção Geral

Fonte: elaborado pelo autor

As entrevistas realizadas com as assessorias resultaram no exposto nos Apêndices H a J, as entrevistas com as direções de área resultaram nos Apêndices K a P, e os Apêndices Q a KK apresentam as propostas para as comissões, coordenações e unidades gerenciais.

A Figura 12 apresenta, em resumo, como ocorreu o processo de cascadeamento dos indicadores resultantes do Quadro 21 para as assessorias, comitês, diretorias e comissões, bem como a quantidade de indicadores para cada perspectiva do PVS de acordo com o *scorecard* resultante para cada área discriminada. Na Figura 12, “M” apresenta a quantidade de indicadores para Missão Social, “L” para Legitimidade e Apoio e “C” para Capacidades Operacionais, e o quadrado com preenchimento em preto apresenta a quantidade total de indicadores para a área descrita com sua sigla.

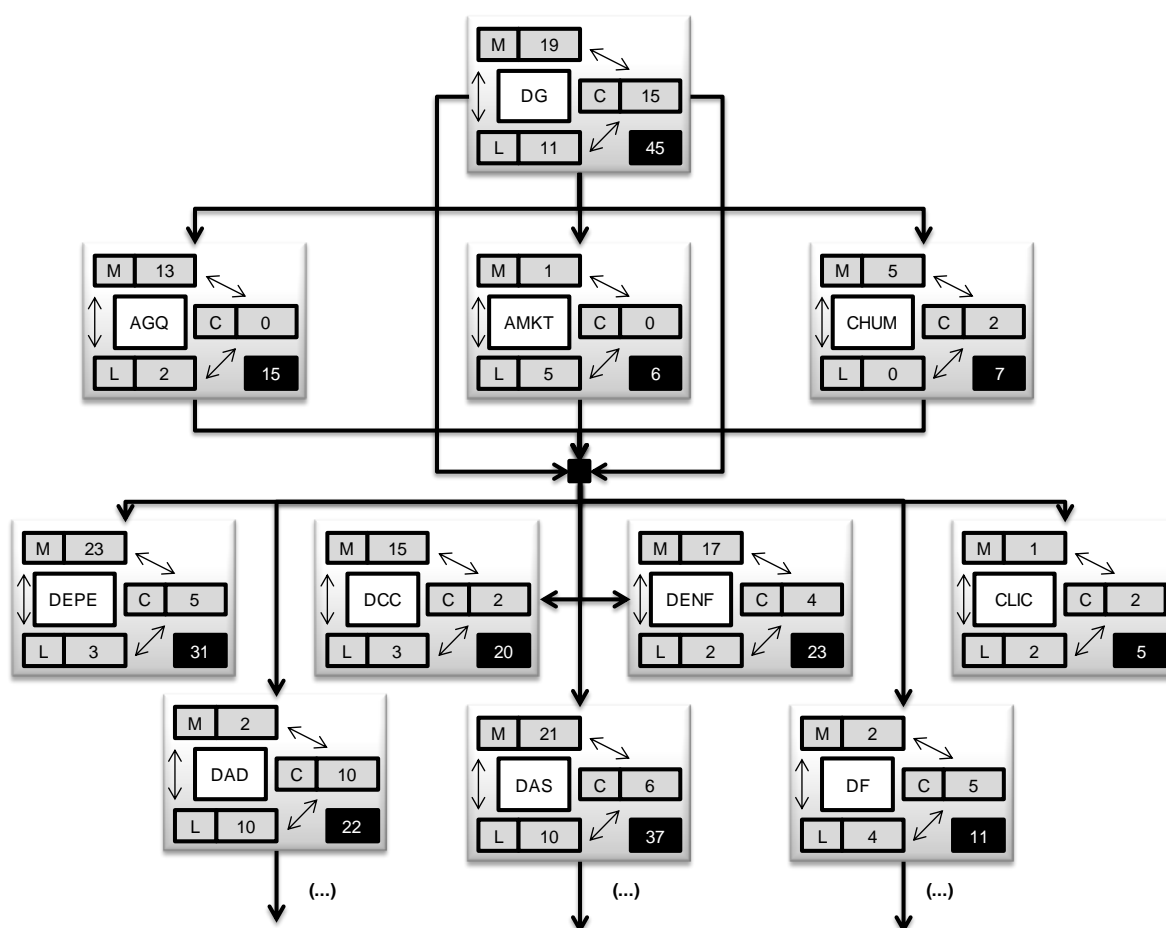


Figura 12. Cascadeamento dos indicadores da modelagem conceitual do PVS para Diretorias, Assessorias, Comitês e Comissões
Fonte: elaborado pelo autor

Por possuírem unidades gerenciais ou coordenações diretamente subordinadas, o cascadeamento exposto na Figura 12 seguiu-se das Diretorias Administrativa, de Assistência e Financeira, como apontado pelas setas, para as referidas áreas. Para melhor visualização, o Quadro 22 apresenta a quantidade de indicadores definidos para cada perspectiva por unidade ou coordenação.

Diretoria	Área	<i>Public Value Scorecard</i>			
		Missão Social	Legitimidade e Apoio	Capacidades Operacionais	Total de Indicadores
DAD	CREHUF	0	6	1	7
	UAP	1	8	4	13
	UAB	2	8	4	14
	UINF	2	6	6	14
	UIE	2	10	6	18
	UHH	2	8	4	14
DF	UCF	3	4	5	12
DAS	UCIR	18	10	4	32
	UMRN	17	8	4	29
	UAMB	10	6	3	19
	UAD	4	8	5	17
	UNIMULTI	6	8	4	18
	UCP	18	8	5	31
	UCC	12	7	4	23
	UNIR	7	7	3	17
	UNP	19	9	5	33
	UND	2	6	2	10
	UNORL	17	9	3	29
	UPED	17	9	5	31
	UUEA	15	9	4	28

Quadro 22. Cascadeamento dos indicadores da modelagem conceitual do PVS para Unidades Gerenciais e Coordenações
Fonte: elaborado pelo autor

Acrescenta-se que, no processo de modelagem conceitual para as unidades, não foi possível a realização das entrevistas com os gestores da Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO) e da Unidade de Farmácia Hospitalar (UFH), por conta de problemas de cunho médico com os gestores no período de realização dessa etapa, além da Unidade de Oftalmologia (UNOFT), pelos mesmos motivos que levaram à impossibilidade da entrevista de diagnóstico.

Durante o processo de desenvolvimentos dos indicadores e metas para as Diretorias, Assessorias, Coordenações e Unidades Gerenciais, alguns ajustes foram realizados para que o resultado apresentado no Quadro 21 e nos Apêndices H a KK apresentasse uma proposta consistente e compatível com a realidade relatada pelos

gestores envolvidos (Neely et al., 2000). O Apêndice LL apresenta os eventos ocorridos ao longo desse processo de modelagem, envolvendo inclusões, exclusões e alterações.

Faz-se importante ressaltar, além das informações constantes no Apêndice LL, que o objetivo dado pelo mapa estratégico da instituição “garantir para a sociedade um profissional da área de saúde bem formado sob o ponto de vista técnico e humano” (conforme Quadro 18) foi desconsiderado no desenvolvimento da proposta de PVS para a entidade a pedido da própria Direção Geral, por entender que os indicadores necessários para o cumprimento desse item já estariam presentes em outros objetivos já inclusos (objetivos específicos “formar cidadãos por meio do processo educacional” e “promover o atendimento humanizado com atividades de pesquisa e extensão articulados com as diversas áreas do conhecimento, favorecendo a integração multiprofissional entre academia e a assistência”).

Quanto às metas presentes no Quadro 21 e nos Apêndices H a KK, também é relevante destacar as seguintes situações:

- Sobre o item 9 do Quadro 21 (adesão ao Código de Conduta do HC pelos profissionais do hospital), apesar do entendimento da Direção Geral sobre a incumbência da Direção do Corpo Clínico para o cumprimento desse item, acredita-se que o melhor cascadeamento poderia ocorrer, com base na observação realizada, para todas as diretorias de área e para a própria Direção Geral, para que essa adesão possa cobrir todos os profissionais da organização;
- Sobre o item AP.34 dos Apêndices Y e II (% de revisão de processos iniciada) e o item AP.28 do Apêndice JJ (% de ações baseadas no relatório da ouvidoria), nota-se que as metas consideradas como exequíveis pelas áreas divergiram das metas propostas pelas diretorias de origem, tendo como base argumentações realizadas pelos sujeitos entrevistados. Diante disso, sugere-se que a instituição, ao utilizar a proposta elaborada nessa investigação, promova um consenso entre a diretoria de origem e as unidades com tais divergências.

É importante destacar que, dentre os indicadores presentes no Quadro 21 (que apresenta a proposta de PVS para a Direção Geral), apresentam-se dois itens considerados como de menor relevância nesse rol de indicadores, tendo em vista os

pesos atribuídos pelo sujeito entrevistado.

O primeiro item está ligado à questão dos voluntários da entidade (indicador: número de voluntários registrados). Ao contrário do que se entende dos argumentos expostos por Moore (2003) quanto à importância de captação de recursos de tempo (materializado pela captação de voluntários), na realidade investigada é preferível a manutenção do quadro atual do que obter uma pretensão de aumento na captação de voluntários. Seguem argumentos fornecidos por um dos sujeitos de pesquisa ajudam a clarificar essa postura:

Sujeito: Na verdade as pessoas se formam e querem de alguma maneira poder... às vezes elas não tem acesso a uma residência, a um curso de especialização, e elas querem acompanhar o serviço. Então elas querem entrar como voluntário profissional. A maior parte não vem aqui preocupada em trabalhar para o hospital, a maior parte vem aqui para fazer um registro profissional como voluntário para ele poder acompanhar o serviço, para ele aprender.

....
É interessante o voluntariado profissional? É! Para ambas as partes! A maior parte das vezes tem uma vantagem dupla, é uma parceria, né. Têm alguns lugares, certas atividades só têm voluntário (sic) fazendo, se o voluntário deixar de fazer não tenho mais. Então isso sim é crítico, isso sim é um desvio da... administrativo, né, que você não tem como resolver.

....
Não é uma situação ideal, não é uma situação 100% segura... tem esse aspecto que é ruim. Tem algumas atividades que os voluntários fazem que é (sic) mais interesse do voluntário do que interesse do hospital.

....
Entrevistador: Mas então é melhor aumentar o número atual de voluntários...
Sujeito: É melhor e não é, é uma coisa de custo-benefício, tá. Por que se o voluntário fizer algum erro, criar algum problema de demanda judicial, o hospital vai ter que responder por ele, só que ele não é nosso funcionário, então isso "pro" hospital fica esse risco, esse é o custo. Benefício pode ser que ele... por sua experiência, pela sua especialidade, pela falta de profissional, pode estar cobrindo um trabalho importante... outro custo, outro risco: é de uma hora para outra ele sair, e você ficar com os pacientes sem ter quem atenda, entendeu?

....
Entrevistador: Então o ideal seria manter...
Sujeito: Manter. Não ampliar, nem encolher, manter. Manter sob controle. Sem deixar expandir muito, e nem necessariamente diminuir, mas saber que é uma coisa... saber contar com eles preferencialmente naquilo que realmente de fato (sic) beneficie o hospital e que não exponha o hospital a um risco.

O segundo item está relacionado à questão do recebimento de equipamentos pela entidade (indicador: % de equipamentos recebidos com base em projetos elaborados). Ao contrário do que se entende dos argumentos expostos por Moore (2003) quanto à importância de captação de recursos materiais (como equipamentos), na realidade investigada verifica-se uma cautela na adoção dessa postura já que, por se tratar de uma instituição hospitalar de média ou alta complexidade e com a incumbência de manutenção de tecnologia de ponta, prefere-se a captação de equipamentos com base em projetos elaborados pelos próprios

gestores do que promover campanhas de captação de recursos físicos sem a adoção de critérios para o que será recebido. Pode-se verificar, conforme a descrição a seguir, argumentos que sustentam os achados:

Sujeito: A gente precisa de uma panela de pressão, tá, vamos supor, um exemplo. Aí eles vão e fazem uma pesquisa. Pra conseguir um número maior, aí às vezes eles compram, mas numa qualidade que não é boa, e chega aqui e aí não serve, não tem “praquilo” que a gente precisa, entende? Uma vez a gente ganhou uma doação de um... desfibrilador, e era os únicos (sic), aí você usava e tinha que comprar a pá para usar uma outra vez, a tal da pá. Só que a pá é muito mais caro (sic), aí não compensava!

....

Quando a gente recebe coisa dos outros, que os outros vão comprar pra gente, é muito ruim, por que eles compram... normalmente compram o mais barato, não têm conhecimento de causa... eles compraram o mais barato que tinha de cardioversor, só que eles compraram um cardioversor para restaurante, shopping...

Diante dos argumentos ora expostos, busca-se representar a validação da modelagem conceitual, além de possibilitar contribuições para a proposição realizada por Moore (2003) sobre o *Public Value Scorecard*.

Como se evidencia ao longo do presente item, mostrou-se possível elaborar uma proposta de sistema de avaliação de desempenho com base nas premissas expostas por Moore (2003), envolvendo as áreas consideradas relevantes em termos de processos e custos e demonstrando compatibilidade com o negócio e com a estratégia da entidade objeto de estudo.

O *scorecard* principal, elaborado com base nos procedimentos realizados junto com a Direção Geral (Quadro 21), resultou em 45 indicadores, sendo 19 indicadores para a perspectiva “Missão Social”, 11 indicadores para “Legitimidade e Apoio” e 15 indicadores para “Capacidades Operacionais”, sendo ainda possível seu cascadeamento a níveis mais baixos da organização cujas atividades influenciam no alcance das metas estabelecidas. Todavia, foram notadas algumas situações em que a racionalidade limitada de alguns dos entrevistados durante o processo de elaboração dos indicadores levou à necessidade de ajustes ao longo do processo de cascadeamento, como se evidenciou por meio do Apêndice LL. Com isso, faz-se importante confirmar ao longo desse processo a pertinência e a controlabilidade das medidas sugeridas para cada área da organização, de modo a garantir que essa ferramenta alcance o sucesso almejado, cuidado esse que não deve ser exclusivo a esse modelo de AD.

Como os pressupostos do modelo proposto por Moore (2003) nortearam a elaboração da proposta apresentada, pode-se concluir que os elementos presentes

nesse modelo são relevantes e são aplicáveis para um hospital universitário federal, podendo chamar a atenção dos gestores para aspectos importantes que podem influenciar no alcance da estratégia da entidade, com as relações de causa e efeito implícitas que enfocam o alcance da missão social ao invés de outras prioridades, como o resultado financeiro.

Entretanto, sugere-se prudência para itens relacionados ao aumento de captações de recursos físicos e humanos como importantes elementos para melhoria do desempenho das entidades sem fins lucrativos, como defendido por Moore (2003). Os argumentos apresentados com relação à atração de voluntários e de equipamentos no caso estudado remetem a uma reflexão de que seu aumento pode não necessariamente contribuir para as atividades da organização e, mais especificamente quanto ao recebimento de voluntários, seu aumento pode até causar efeitos negativos para a entidade caso ocorra de forma desordenada.

Como forma de contribuição adicional à entidade objeto de estudo e demais organizações com características similares à estudada, são apresentadas no item a seguir reflexões baseadas na literatura acadêmica quanto aos próximos passos que podem ser adotados para prosseguimento da proposta com vistas à sua institucionalização.

4.3.3 Reflexões sobre Próximos Passos para Institucionalização do *Public Value Scorecard*

O presente item apresenta, adicionalmente, uma sugestão de próximos passos a serem adotados para que se alcance a completa institucionalização da ferramenta de avaliação de desempenho proposta nessa investigação na entidade objeto do estudo de caso. Tal sugestão, composta de passos sequenciais, é realizada com base no referencial teórico apresentado nesse trabalho, especialmente no item 2.3.

- a) Apontar o responsável pela medição de desempenho (Neely et al. 1997; Papalexandris et al., 2005);
- b) Identificar e sanar as lacunas existentes entre os processos existentes e desejados e a infraestrutura de tecnologia de informação (Papalexandris et al., 2005);
- c) Determinar a frequência de medição (Papalexandris et al., 2005);

- d) Determinar recompensas (se possível) com base no alcance das metas estabelecidas (Assiri et al., 2006);
- e) Estabelecer plano de comunicação das métricas para os níveis mais baixos da organização, expondo sua ligação com a estratégia adotada pela instituição (Neely et al., 2000);
- f) Desenvolver iniciativas estratégicas baseadas nos indicadores de desempenho (Papalexandris et al., 2005);
- g) Estabelecer orçamento para as iniciativas estratégicas (Papalexandris et al., 2005);
- h) Desenhar os processos de gestão de desempenho (Papalexandris et al., 2005);
- i) Selecionar e personalizar a solução de tecnologia da informação (Papalexandris et al., 2005);
- j) Treinar os gestores sobre como utilizar o sistema de avaliação de desempenho (Waal, 2003; Assiri et al., 2006);
- k) Utilizar o sistema de avaliação de desempenho como uma ferramenta que fomenta os processos de revisão de processos e de tomada de ações, avaliando a implantação da estratégia (Bourne et al., 2000; Neely et al., 2000);
- l) Refletir sobre as premissas estratégicas adotadas com base nas medidas de desempenho (Bourne et al., 2000);
- m) Reavaliar periodicamente o sistema de avaliação de desempenho, tendo em vista mudanças organizacionais e ambientais, especialmente frente a mudanças políticas pelas quais a instituição pública está sujeita (Neely et al., 2000; Lohman et al., 2004; Papalexandris et al., 2005).

5 CONCLUSÕES

A presente investigação teve como objetivo desenvolver um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* (PVS) que esteja integrado ao planejamento estratégico do hospital universitário federal objeto desse estudo.

O estudo de caso, estruturado por meio de um protocolo elaborado exclusivamente para essa pesquisa que foi composto por diversas técnicas para abordagem do problema em tela, possibilitou a realização de procedimentos de campo que levaram ao alcance dos dois objetivos específicos definidos a partir do objetivo geral.

Com relação ao **objetivo específico (a)**, que buscava justificar a importância do *Public Value Scorecard* como um artefato de Controle Gerencial capaz de se integrar ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal, foram levantadas, além de relatos teóricos e empíricos ao longo do referencial apresentado nesse relatório, evidências empíricas que pudessem justificar sua proposição na instituição objeto de estudo.

No caso estudado, notou-se que os indicadores presentes nos contratos de gestão das unidades são utilizados como base do processo de tomada de decisão dos gestores que os possuem (já que os contratos de gestão não estão presentes em todas as unidades e em diversos níveis hierárquicos), e que o contrato de gestão é considerado a principal ferramenta de avaliação de desempenho da instituição. Os procedimentos adotados nessa investigação conduziram à conclusão de que os contratos de gestão vigentes (e seus indicadores) não possuem uma ligação direta com a estratégia da organização, já que tais ferramentas foram baseadas especialmente nas necessidades e fraquezas da própria área (o que é reforçado considerando que os indicadores foram elaborados majoritariamente pelos membros das próprias unidades).

Nessa situação, a falta de congruência entre os contratos de gestão e a estratégia da instituição pode incentivar o risco de fomentar um processo de tomada de decisão pelos gestores que não venha a agregar àquilo que é almejado pela organização como um todo, o que é declarado em seu plano estratégico, dessa forma dificultando sua implantação.

Com esse diagnóstico (reforçado pelo resultado da avaliação da necessidade de um sistema estratégico de avaliação de desempenho baseada em Niven, 2003), tornou-se relevante a proposição de um sistema estratégico de avaliação de desempenho da entidade objeto de estudo, tendo sido escolhido para o estudo em questão o *Public Value Scorecard*.

Como se notou no referencial teórico levantado para a investigação, existe uma lacuna quanto a proposições desse modelo em um ambiente hospitalar, fazendo-se necessário, portanto, avaliar a possibilidade de modelagem conceitual nesse cenário. Tal constatação motivou a realização de procedimentos que buscassem apresentar uma proposta de modelagem conceitual de *Public Value Scorecard*, ao passo que apresenta-se o **objetivo específico (b)**, que busca propor um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* para o hospital universitário federal objeto de estudo.

A estratégia escolhida para essa proposição, baseada na plataforma teórica levantada para esse intuito, conduziu à elaboração de *scorecards* para áreas localizadas em diversos níveis hierárquicos da organização, com a preocupação de manutenção da congruência dos elementos que os compõem ao plano estratégico vigente na instituição. Notou-se que o modelo *Public Value Scorecard* é capaz de chamar a atenção dos gestores para pontos relevantes da operação de uma organização sem fins lucrativos, adaptando-se, portanto, a essa realidade, cujo alcance da missão social da instituição deve ser o principal enfoque e não o alcance de resultados financeiros, pressuposto implícito em artefatos de avaliação de desempenho como o *Balanced Scorecard*.

Contudo, tomando em consideração as premissas adotadas no trabalho original de Moore (2003), sugere-se cautela nas abordagens relacionadas à captação de equipamentos e de voluntários para instituições semelhantes ao caso estudado. Como apresentado no item 4.3.4, o aumento na captação desses recursos para um hospital universitário federal não pode significar necessariamente melhorias nas condições da instituição no cumprimento de sua estratégia, fazendo-se necessário a adoção de critérios e limites para que a referida captação não se torne, às vezes, um problema ou um risco para a organização.

É importante, ainda, retomar nesse momento da percepção do autor quanto à quantidade ideal de indicadores em um sistema de avaliação de desempenho. Na contramão do que é pregado por especialistas, Moore (2003) não compactua com as

sugestões dadas em relação à busca de uma quantidade baixa de indicadores. O *scorecard* principal proposto para a Direção Geral, composto por 45 indicadores (conforme Quadro 21), pode ser considerado nessa ótica com um número excessivo de indicadores. Além de considerar que a entidade objeto de estudo é um hospital universitário, instituição reconhecida como de complexa gestão e que compartilha duas missões principais coexistentes (ensino e assistência), deve-se valorizar a observação realizada por Moore (2003) nesse âmbito, já que, ao buscar limitar o número de indicadores, poder-se-ia deixar de lado pontos importantes para a gestão do desempenho da entidade e de sua estratégia.

Como foi possível notar nessa experiência, uma possibilidade de duplicação de indicadores poderia ocorrer caso fosse considerado um objetivo estratégico presente no plano estratégico da entidade cujos elementos já estavam presentes em outros objetivos. Com isso, a raiz de um possível problema de duplicação ou redundância de indicadores na proposta poderia não ser a quantidade de indicadores propostos, mas sim a falta de objetividade e delimitação adequada dos elementos do plano estratégico elaborado pela entidade. Diante disso, concorda-se com Moore (2003) tendo em vista a experiência relatada nesse relatório, considerando que, no processo de modelagem conceitual de um sistema estratégico de avaliação de desempenho, da mesma forma que não se pode pecar pelo excesso, também não se deve pecar pela falta de indicadores.

Com isso, retomando as justificativas elencadas para a realização desse estudo, julga-se que o *Public Value Scorecard* é uma ferramenta de avaliação de desempenho capaz de contribuir para a demandada evolução administrativa nas entidades públicas brasileiras, especialmente nas organizações hospitalares pertencentes ao sistema público de saúde, motivo de preocupações e questionamentos da população brasileira.

Ainda, espera-se que o estudo de caso relatado por meio desse relatório possa fornecer contribuições teóricas para o desenvolvimento dessa ferramenta e implicações práticas para a sua implantação em outras organizações, tendo em vista sua validação realizada ao longo do processo de modelagem conceitual (com ressalvas em alguns pressupostos, como já comentado nesse item), além de contribuir para o rol de pesquisas empíricas realizadas com a temática da avaliação de desempenho em entidades públicas e em entidades hospitalares.

Reconhece-se como principal limitação dessa investigação o fato de se tratar

de um estudo de caso, com a implicação de que os resultados obtidos nessa pesquisa não podem ser generalizados. Ainda, deve-se reconhecer que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa com abordagem metodológica interpretativa, pode constar viés do pesquisador quanto às interpretações da realidade observada. Contudo, entende-se que o presente relatório fornece informações sobre ligações importantes presentes no mundo real que podem contribuir para o desenvolvimento teórico e prático da ferramenta em diversas organizações, agregando dessa forma ao rol de conhecimentos sobre o assunto na literatura acadêmica.

Diante do exposto, sugere-se para a entidade objeto de estudo, em primeiro lugar, repensar a forma como está sendo utilizada a ferramenta dos contratos de gestão e seu papel no processo de implantação da estratégia vigente, e se realmente essa ferramenta pode ser capaz de cumprir esse intuito além de cumprir o papel de avaliar adequadamente o desempenho das unidades e demais áreas da organização.

Caso a entidade considere a adoção de uma nova ferramenta de avaliação de desempenho que seja compatível com a missão social da entidade e que auxilie na implantação de sua estratégia, recomenda-se ponderar a adoção do *Public Value Scorecard* para essa finalidade, tendo em vista os resultados obtidos com a experiência relatada nesse trabalho, reforçando sua compatibilidade com a realidade estudada. Defende-se nesse sentido a compatibilidade do modelo PVS com a realidade estudada, porém não se almeja que a totalidade dos indicadores, metas, ligações e cascadeamentos propostos nesse processo cubram a totalidade das necessidades da entidade na gestão de seu desempenho com base na estratégia definida. Como se trata de uma nova ferramenta de gestão, e considerando por vezes a racionalidade limitada dos gestores em seus diferentes papéis, pode-se ponderar que o processo de desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho será amadurecido ao longo do tempo, com a experiência de sua utilização e com a visualização de novas necessidades de mensuração e avaliação.

No cenário de adoção do *Public Value Scorecard* como sistema estratégico de avaliação de desempenho, sugere-se que a entidade considere as sugestões apresentadas no item 4.3.3 desse relatório, que trata de reflexões acerca de próximos passos para a completa institucionalização da ferramenta na entidade objeto de estudo. Ainda, caso a instituição julgue viável atrelar recompensas ao alcance das metas discriminadas na proposta de PVS, sugere-se reavaliar o sistema

de recompensas vigente na entidade, tendo em vista as críticas e sugestões realizadas pelos gestores entrevistados, o que é detalhado no item 4.2.4 desse relatório.

Para hospitais universitários federais, hospitais universitários de outras esferas de governo, demais instituições hospitalares públicas ou filantrópicas e órgãos responsáveis pela gestão de saúde pública, os resultados desse trabalho buscam contribuir ao apresentar o PVS como uma ferramenta de controle gerencial válida para essas organizações, capaz de colaborar para o desenvolvimento de sua gestão e, em consequência, para a eficiência, eficácia e efetividade das ações públicas de saúde.

Para pesquisadores em Contabilidade Gerencial e/ou Controle Gerencial, almeja-se que essa investigação chame a atenção ao campo da saúde pública como uma área com oportunidades de pesquisa e com necessidade de desenvolvimento. A realização de proposições e de pesquisas empíricas em Contabilidade Gerencial aplicadas em entidades públicas, especialmente naquelas ligadas à assistência à saúde, pode fomentar melhorias na utilização dos recursos públicos nessa área e na efetividade dos serviços prestados, acarretando em vantagens para toda a sociedade.

Para isso, sugerem-se pesquisas como: (i) replicação da proposta de modelagem conceitual do PVS em outro hospital universitário, com o intuito de confirmar as percepções obtidas nesse estudo de caso; (ii) estudo de caso em um hospital universitário que utilize outro modelo de avaliação de desempenho; (iii) pesquisa-ação para institucionalização do *Public Value Scorecard* na entidade objeto de estudo ou em entidade semelhante que opte em utilizar esse modelo; (iv) proposta de utilização do PVS em hospital filantrópico ou em outro tipo de entidade pública nacional; (v) estudo de caso em uma hospital universitário que tenha adotado o PVS como ferramenta de avaliação de desempenho.

Conforme comentado por especialistas e autores, a melhoria dos serviços públicos de assistência à saúde não depende apenas da diminuição do montante de recursos desviados da pasta por atos de corrupção, passando também pela diminuição dos desperdícios e pela melhoria na aplicação de recursos públicos. Nesse ponto, é importante que pesquisadores e profissionais contábeis proponham soluções para melhoria desse cenário, não apenas aguardando soluções advindas de gestores públicos, grupos políticos ou profissionais da área de saúde.

Profissionais e pesquisadores contábeis podem contribuir com seus conhecimentos e ferramentas, de modo a contribuir com o alcance do nível de serviço demandado pela população que esteja à altura da carga tributária imposta no país. Com isso, coloca-se em mente que faz sentido o esforço de diminuir o *gap* entre teoria e prática em Contabilidade Gerencial em entidades públicas quando visa-se diminuir o *gap* existente entre a alocação dos recursos públicos e qualidade dos serviços ofertados no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ²¹

Abernethy, M. A., Chua, W. F., Grafton, J. & Mahama, H. (2007). Conceptual accounting and control in health care: behavioural, organisational, sociological and critical perspectives. In C. S. Chapman, A. G. Hopwood & M. D. Shields (Orgs.), *Handbook of Management Accounting Research* (Vol. 2, pp. 805-829), Amsterdã: Elsevier.

Abushaiba, I. A. & Zainuddin, Y. (2012). Performance measurement system design, competitive capability, and performance consequences - a conceptual like. *International Journal of Business and Social Science*, 3 (11), 184-193.

Aidemark, L. (2001). The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability & Management*, 17 (1), 23-40.

Andrade, M. M. (2007). *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas* (8a ed.). São Paulo: Atlas.

Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: a framework for analysis*. Boston: Harvard University Press.

Anthony, R. N. & Govindarajan, V. (2001). *Sistemas de controle gerencial*. São Paulo: Atlas.

Anthony, R. N. & Young, D. W. (1994). *Management control in nonprofit organizations*. Chicago: Irwin.

Antunes, M. T. P., Mendonça Neto, O. R., Oyadomari, J. C. T. & Okimura, R. T. (2011). Conduta ética dos pesquisadores em contabilidade: diferenças entre a crença e a práxis. *Revista Contabilidade & Finanças*, 22 (57), 319-337.

Artz, M., Hornburg, C. & Rajab, T. (2012). Performance-measurement system design and functional strategic decision influence: the role of performance-measure properties. *Accounting, Organizations and Society*, 37 (7), 445-460.

Assiri, A., Zairi, M. & Eid, R. (2006). How to profit from the balanced scorecard: an implementation roadmap. *Industrial Management & Data Systems*, 106 (7), 937-952.

²¹ De acordo com o estilo APA - American Psychological Association

Atkinson, A. A., Banker, R. D., Kaplan, R. S. & Young, S. M. (2011). *Contabilidade gerencial* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Azevedo, S. U. (2012). *Modelagem do Public Value Scorecard como instrumento de avaliação de desempenho para uma organização do terceiro setor*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

Banker, R. D., Chang, H. & Pizzini, M. J. (2004). The balanced scorecard: judgment effects of performance measures linked to strategy. *The Accounting Review*, 79 (1), 1-23.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3a ed.). Lisboa: Edições 70.

Baxter, J. & Chua, W. F. (2003). Alternative management accounting research — whence and whither. *Accounting, Organizations and Society*, 28 (2-3), 97-126.

Bisbe, J. & Barrubés, J. (2012). The Balanced Scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in health care organizations. *Revista Española de Cardiología*, 65 (10), 919-927.

Bittar, O. J. N. V. (1997). *Hospital: qualidade e produtividade*. São Paulo: Sarvier.

Blaug, R., Horner, L. & Lekhi, R. (2006). *Public value, politics and public management: a literature review*. Londres: The Work Foundation. Recuperado em 22 de janeiro de 2013, de <http://www.theworkfoundation.com/Reports/117/Public-value-politics-and-public-management-A-literature-review>.

Bonacim, C. A. G. & Araujo, A. M. P. (2010). Influência do capital intelectual na avaliação de desempenho aplicada ao setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 1249-1261.

Bonacim, C. A. G. & Araujo, A. M. P. (2011). Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1055-1068.

Boni, V. & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2, (1), 68-80.

Bortoluzzi, S. C., Ensslin, S. R., Ensslin, L. & Vicente, E. F. R. (2010). Práticas de avaliação de desempenho organizacional em pequenas e médias empresas: investigação em uma empresa de porte médio do ramo moveleiro. *Revista Produção Online*, 10 (3), 551-576.

Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A. & Platts, K. (2000) Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 20 (7), 754-771.

Bovaird, T. (2005). Public sector performance. In K. Kempf-Leonard (Org.). *Encyclopedia of social measurement* (pp. 203-207). Elsevier.

Bresser-Pereira, L. C. & Spink, P. K. (1998). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: FGV.

Brignall, S. & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management Accounting Research*, 11 (3), 281-306.

Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4a ed.). New York: Oxford University Press.

Burns, J. & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, 11 (1), 3-25.

Burrell, G. & Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organisational analysis*. Londres: Heinemann.

Caleman, G., Moreira, M. L. & Sanchez, M. C. (1998). *Auditoria, controle e programação de serviços de saúde* (5a ed.). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Cervo, A. L. & Bervian, P. A. (1996). *Metodologia científica* (4a ed.). São Paulo: Makron Books.

Chenhall, R. H. (2005). Content and process approaches to studying strategy and management control systems. In C. S. Chapman (Org.). *Controlling strategy: man-*

agement, accounting, and performance measurement (pp. 10-36). New York: Oxford University Press.

Chenhall, R. H. & Langfield-Smith, K. (1998). Adoptions and benefits of management accounting practices: an Australian study. *Management Accounting Research*, 9 (1), 1-19.

Chenhall, R. H. & Langfield-Smith, K. (2003). Performance measurement and reward systems, trust and strategic change. *Journal of Management Accounting Research*, 15 (1), 117-143.

Cooper, D. R. & Schindler, P. S. (2003). *Métodos de pesquisa em administração* (7a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Creswell, J. W. (2003) *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2a ed.). Londres; Sage.

Crotty, M. J. (1998). *The foundations of social research: meaning and perspective in the research process*. Londres: Sage.

Cruz, C. V. O. A., Mathias, M. A. & Frezatti, F. (2010). Considerações acerca do uso do *balanced scorecard* no processo de implementação e reformulação das estratégias organizacionais. *Revista de Estudos Contábeis*, 1 (1), 3-23.

Datafolha (2012). *Dilma é aprovada por 47% dos brasileiros*. Recuperado em 11 de outubro de 2012, de http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=1135.

Datafolha (2013). *Avaliação da presidente Dilma Rousseff*. Recuperado em 29 de julho de 2013, de <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/01/avaliacao-dilma.pdf>.

Debusk, G. K., Brown, R. M. & Killough, L. N. (2003) Components and relative weights in utilization of dashboard measurement systems like the Balanced Scorecard. *The British Accounting Review*, 35 (3), 215-231.

Dixit, A. (2002). Incentives and organizations in the public sector: an interpretative review. *The Journal of Human Resources*, 37 (4), 696-727.

Eldenburg, L. & Krishnan, R. (2007). Management accounting and control in health care: an economics perspective. In C. S. Chapman, A. G. Hopwood & M. D. Shields (Orgs.), *Handbook of Management Accounting Research* (Vol. 2, pp. 859-883), Amsterdam: Elsevier.

Elzinga, T., Albronda, B. & Kluijtmans, F. (2009). Behavioral factors influencing performance management systems' use. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58 (6), 508-522.

Espejo, M. M. S. B. (2008). *Perfil dos atributos do sistema orçamentário sob a perspectiva contingencial: uma abordagem multivariada*. Tese de Doutorado, Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Espejo, M. M. S. B., Cruz, A. P. C., Costa, F. & Almeida, L. B. (2009). Uma análise crítico-reflexiva da compreensão da adoção dos artefatos de contabilidade gerencial sob uma lente alternativa – a contribuição de abordagens organizacionais. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 3, (5), 25-43.

Evans, J. H., Hwang, Y. & Nagarajan, N. J. (2001). Management control and hospital cost reduction: additional evidence. *Journal of Accounting and Public Policy*, 20 (1), 73-88.

Ferreira, A. & Otley, D. (2006). Exploring inter and intra-relationships between the design and use of management control system. *Working Paper*, SSRN.

Ferreira, A. & Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: an extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, 20 (4), 263-282.

Franco-Santos, M. & Bourne, M. (2005). An examination of the literature relating to issues affecting how companies manage through measures. *Production Planning and Control*, 16 (21), 114-124.

Franco-Santos, M., Lucianetti, L. & Bourne, M. (2012). Contemporary performance measurement systems: a review of their consequences and a framework for research. *Management Accounting Research*, 23, (2), 79-119.

Fryer, K., Antony, J. & Ogden, S. (2009). Performance management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 22 (6), 478-498.

Galindo, R. W. (2010). Por que o serviço público não funciona. *Gazeta do Povo*, Curitiba. Recuperado em 05 de outubro de 2011, de <http://www.gazetadopovo.com.br/vidapublica/conteudo.phtml?tl=1&id=1175577>.

Gapenski, L. C. (2007). *Understanding healthcare financial management* (5a ed.). Chicago: Health Administration Press.

Garengo, P., Biazzo, S. & Bititci, U. S. (2005). Performance measurement system in SMEs: a review for a research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 7, 25-47.

Gauld, R., Al-Wahaibi, S., Chisholm, J., Crabbe, R., Kwon., B, Oh, T. et al. (2011). Scorecards for health system performance assessment: the New Zealand example. *Health Policy*, 103 (2-3), 200-208.

Ghelman, S. & Costa, S. R. R. (2006). Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência. In *2 Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Resende, RJ.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5a ed.). São Paulo: Atlas.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.) São Paulo: Atlas.

Gimbert, X., Bisbe, J. & Mendoza, X. (2010). The role of performance measurement systems in strategic formulation process. *Long Range Planning*, 43 (4), 477-497.

Gomes, A. P. S., Ribeiro, N. A. B., Carvalho, J. B. C. & Nogueira, S. P. S. (2007). *O Balanced Scorecard aplicado à administração pública*. Lisboa: Publisher Team.

Gomes, J. S. & Amat, J. M. (1995). Controle de gestão: um enfoque contextual e organizacional. In *4 Congresso Internacional de Custos*, Campinas, SP.

Guerreiro, R. (1992). Um modelo de sistema de informação contábil para mensuração do desempenho econômico das atividades empresariais. *Caderno de Estudos FIPECAFI*, São Paulo, 4, 1-19.

Guerreiro, R., Frezatti, F. & Casado, T. (2004). Em busca do entendimento da formação dos hábitos, rotinas e instituições da contabilidade gerencial. In *4*

Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo.

Guerreiro, R., Pereira, C. A. & Frezatti, F. (2008). Aplicação do modelo de Burns e Scapens para avaliação do processo de institucionalização da contabilidade gerencial. *Organizações & Sociedade*, 15 (44), 45-62.

Haguette, T. M. F. (1997). *Metodologias qualitativas na Sociologia* (5a ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.

Hall, M. (2008). The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance. *Accounting, Organizations and Society*, 33 (2-3), 141-163.

Hansen, A. & Mouritsen, J. (2005). Strategies and organizational problems: constructing corporate value and coherence in balanced scorecard processes. In C. S. Chapman (Org.), *Controlling strategy: management, accounting, and performance measurement* (pp. 125-151), New York: Oxford University Press.

Hansen, S. C., Otley, D. T. & Van Der Stede, W. A. (2003). Practice developments in budgeting: an overview and research perspective. *Journal of Management Accounting Research*, 15, 95-116.

Henri, J. (2006). Organizational culture and performance measurement systems. *Accounting, Organizations and Society*, 31 (1), 77-103.

Hofstede, G. (1981). Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society*, 6 (3), 193-211.

Horngren, C. T. (1965). *Accounting for management and control: an introduction*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Horngren, C. T., Sundem, G. L & Stratton, W. O. (2004). *Contabilidade gerencial* (12a ed.). São Paulo: Pearson Education.

Hospital de Clínicas da UFPR. (2013). Recuperado em 22 de julho de 2013, de <http://www.hc.ufpr.br/>.

Humphreys, K. & Trotman, K. T. (2011). The balanced scorecard: the effect of strategy information on performance evaluation judgments. *Journal of Management Accounting Research*, 23 (1), 81-98.

Hyvönen, J. (2005). Adoption and benefits of management accounting systems; evidence from Finland and Australia. *Advances in International Accounting*, 18 (1), 97-120.

Ibope. (2012). *Em 23 anos de democracia, brasileiros mudam de opinião sobre os principais problemas do país*. Recuperado em 30 de setembro de 2012, de <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Em-23-anos-de-democracia-brasileiros-mudam-de-opinioao-sobre-os-problemas-do-Pais.aspx>.

Ittner, C. D. & Larcker, D. F. (1998). Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction. *Journal of Accounting Research*, 36, 1-35.

Ittner, C. D. & Larcker, D. F. (2001). Assessing empirical research in managerial accounting: a value based management perspective. *Journal of Accounting and Economics*, 32 (1-3), 349-410.

Ittner, C. D. & Larcker, D. F. (2005). Moving from strategic measurement to strategic data analysis. In C. S. Chapman (Org.), *Controlling strategy: management, accounting, and performance measurement* (pp. 86-105), New York: Oxford University Press, 2005.

Ittner, C. D., Larcker, D. F. & Meyer, M. W. (2003). Subjectivity and the weighting of performance measures: evidence from a Balanced Scorecard. *The Accounting Review*, 78 (3), 725-758.

Ittner, C. D., Larcker, D. F. & Randall, T. (2003). Performance implications of strategic performance measurement in financial services firms. *Accounting, Organizations and Society*, 28 (7-8), 715-741.

Johnson, H. T. & Kaplan, R. S. (1987). *Relevance lost: the rise and fall of management accounting*. Boston: Harvard University Press.

Jones, R. & Pendlebury, M. (2010). *Public sector accounting* (6a ed.). Harlow, Inglaterra: Pearson.

Kaplan, R. S. (2009). Conceptual foundations of the balanced scorecard. In C. S. Chapman, A. G. Hopwood & M. D. Shields (Orgs.), *Handbook of Management Accounting Research* (Vol. 3, pp. 1253-1269), Amsterdã: Elsevier.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*. Boston, 71-79.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*. Boston, 75-85.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2001). *The strategy focused organization*. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2006). *Alignment: using the balanced scorecard to create corporate synergies*. Boston: Harvard Business School Press.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Langfield-Smith, K. (2005). What do we know about management control systems and strategy? In C. S. Chapman (Org.). *Controlling strategy: management, accounting, and performance measurement* (pp. 62-85), New York: Oxford University Press.

Lapsley, I. & Wright, E. (2004). The diffusion of management accounting innovations in the public sector: a research agenda. *Management Accounting Research*, 15 (3), 355-374.

Lau, C. M. (2011). Nonfinancial and financial performance measures: how do they affect employee role clarity and performance? *Advances in accounting: incorporating advances in international accounting*, 27 (2), 286-293.

Lawrie, G., Cobbold, I. & Marshall, J. (2004). Corporate performance management system in a devolved UK governmental organisation: a case study. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 53 (4), 353-370.

Lawson, R., Stratton, W. & Hatch, T. (2003). The benefits of a scorecard system. *CMA Management*, 24, 24-26.

Lingle, J. H. & Schiemann, W. (1996). From balanced scorecard to strategic gauges: is measurement worth it? *Management Review*, 85 (3), 56-61.

Lohman, C., Fortuin, L., & Wouters, M. (2004). Designing a performance measurement system: a case study. *European Journal of Operational Research*, 156 (2), 267-286.

Lopes, A. B. (2004). A teoria dos contratos, governança corporativa e contabilidade. In: A. B. Lopes & S. Iudícibus (Orgs.), *Teoria avançada da contabilidade*. São Paulo: Atlas.

Lukka, K. & Modell, S. (2010). Validation in interpretive management accounting research. *Accounting, Organizations and Society*, 35 (4), 462-477.

Malina, M. A. & Selto, F. H. (2001). Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, 13 (1), 47-90.

Maltchik, R. (2011). De 2002 a 2011, desvios de dinheiro público no setor somaram R\$ 2,3 bilhões. *O Globo*, Rio de Janeiro. Recuperado em 18 de outubro de 2012, de <http://oglobo.globo.com/politica/de-2002-2011-desvios-de-dinheiro-publico-no-setor-somaram-23-bilhoes-2699224>.

Martins, G. A. & Theóphilo, C. R. (2007) *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.

Merchant, K. A. (2006). Measuring general managers' performance: market, accounting and combination-of measures systems. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 19 (6), 893–917.

Merchant, K. A. & Van Der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: performance measurement, evaluation and incentives*. Harlow, Inglaterra: Pearson Education.

Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: a guide to design and implementation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (20), 340-363.

Meyer, M. W. (2002). *Rethinking performance measurement: beyond the balanced scorecard*. New York: Cambridge.

Meynhardt, T. (2012). Public Value – Turning a conceptual framework into a scorecard. In *Creating Public Value Conference*, Minneapolis, MN.

Micheli, P. & Manzoni, J. (2010). Strategic performance measurement: benefits, limitations and paradoxes. *Long Range Planning*, 43 (4), 465-476.

Ministério da Saúde (2011). *IDSUS: índice de desempenho do sistema único de saúde*. Brasília. Recuperado em 18 de julho de 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf.

Mintzberg, H. (1987). The strategy concept I: five ps for strategy. *California Management Review*, 30 (1), 11-24.

Mooraj, S., Oyon, D. & Hostettler, D. (1999). The balanced scorecard: a necessary good or an unnecessary evil? *European Management Journal*, 17 (5), 481-491.

Moore, M. H. (2003). The Public Value Scorecard: a rejoinder and an alternative to “strategic performance measurement and management in non-profit organizations” by Robert Kaplan. *Hauser Center for Nonprofit Organizations*. Cambridge, Inglaterra.

Moore, M. H. & Moore, G. W. (2005). *Creating public value through state arts agencies*. Minneapolis, MN: Arts Midwest. Recuperado em 22 de janeiro de 2013, de www.wallacefoundation.org/PromoDocs/CreatingPublicValue.pdf.

Mosimann, C. P. & Fisch, S. (1999). *Controladoria: seu papel da administração de empresas* (2a ed.). São Paulo: Atlas.

Muller, C. J. (2003). *Modelo de gestão integrando planejamento estratégico, sistemas de avaliação de desempenho e gerenciamento de processos (MEIO – Modelo de Estratégia, Indicadores e Operações)*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Nalon, T. (2012). Índice do governo dá nota 5,4 à saúde pública no Brasil. *G1 - Globo*, Rio de Janeiro. Recuperado em 01 de março de 2012, de <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/de-0-10-indice-do-governo-da-nota-54-saude-publica-no-brasil.html>.

NCO – Northwest Culture Observatory. (2008). *Balancing the scorecard: a guide to creating 'public value' in cultural services*. Manchester, Inglaterra. Recuperado em 22 de janeiro de 2013, de <http://www.eukn.org/dsresource?objectid=144109>.

Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15 (4), 80-116.

Neely, A., Richards, H., Mills, J., Platts, K. & Bourne, M. (1997). Designing performance measures: a structured approach. *International Journal of Operations & Production Management*, 17 (11), 1131-1152.

Neely, A., Mills, J., Platts, K., Richards, H., Gregory, M., Bourne, M. et al. (2000). Performance measurement system design: developing and testing a process-based approach. *International Journal of Operations & Production Management*, 20 (10), 1119-1145.

Nielsen, S. B. & Ejler, N. (2008). Improving performance? Exploring the complementarities between evaluation and performance management. *Evaluation*, 14 (2), 171-192.

Niven, P. R. (2002). *Balanced scorecard step-by-step: maximizing performance and maintaining results*. New York: John Wiley & Sons.

Niven, P. R. (2003). *Balanced scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies*. New York: John Wiley & Sons.

Nørreklit, H. (2000). The balance on the balanced scorecard - a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11 (1), 65-88.

Osbourne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Wokingham, Inglaterra: Addison-Wesley.

Otley, D. T. (1994). Management control in contemporary organizations: towards a wider framework. *Management Accounting Research*, 5 (1), 289-299.

Otley, D. T. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10 (4), 363-382.

Otley, D. T. (2008). Did Kaplan and Johnson get it right? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21 (2), 229-239.

Otley, D. T. & Berry, A. J. (1994). Case study research in management accounting and control. *Management Accounting Research*, 5 (1), 45-65.

Oyadomari, J. C, Mendonça Neto, O. R., Cardoso, R. L. & Lima, M. P. (2008). Fatores que influenciam a adoção de artefatos de controle gerencial nas empresas brasileiras: um estudo exploratório sob a ótica da teoria institucional. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 2 (2), 55-70.

Papalexandris, A., Ioannou, G., Prastacos, G. & Soderquist, K. E. (2005). An integrated methodology for putting the Balanced Scorecard into action. *European Management Journal*, 23 (2), 214-227.

Pessalacia, J. D. R. & Ribeiro, C. R. O. (2011). Entrevistas e questionários: uma análise bioética sobre riscos em pesquisa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 1 (3), 422-428.

Pimentel, C. (2011). Doente de câncer espera até quatro meses para iniciar tratamento pelo SUS. *Agência Brasil*, Brasília. Recuperado em 30 de setembro de 2012, de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-11-03/doente-de-cancer-espera-ate-quatro-meses-para-iniciar-tratamento-pelo-sus>.

Portal da Saúde. (2012). *IDSUS: Índice de desempenho do sistema único de saúde*. Recuperado em 18 de julho de 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080.

Portulhak, H., Martins, D. B. & Espejo, M. M. S. B. (2013). Práticas de avaliação de desempenho em hospitais universitários: um diagnóstico em instituições federais. In *7 Congresso Anpcont*, Fortaleza.

Prieto, V. C., Pereira, F. L. A., Carvalho, M. M. & Laurindo, F. J. B. (2006). Fatores críticos na implementação do balanced scorecard. *Gestão & Produção*, 13 (1), 81-92.

Propper, C. & Wilson, D. (2003). The use and usefulness of performance measures in the public sector. *Oxford Review of Economic Policy*, 19 (2), 250-267.

Rantanen, H., Kulmala, H. I., Lönnqvist, A. & Kujansivu, P. (2007). Performance measurement systems in the Finnish public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 20 (5), 415-433.

Ribeiro Filho, J. F. (1997). *Controle Gerencial para Entidades da Administração Pública*. Monografia Submetida ao 2º Prêmio STN de Monografias, Escola de Administração Fazendária, Brasília.

Ribeiro Filho, J. F. (2005). *Controladoria hospitalar*. São Paulo: Atlas.

Richardson, R. J. (2008). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Rigby, D. & Bilodeau, B. (2005). *Management tools and trends 2005*. Bain and Company: Boston.

Rigby, D. & Bilodeau, B. (2011). *Management tools and trends 2011*. Bain and Company: Boston.

Rocha, W. & Guerreiro, R. (2010). Desenvolvimento de modelo conceitual de sistemas de custos – um enfoque institucional. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 4 (8), 24-46.

Roesch, S., Becker, G. V. & Mello, M. I. (1996). *Projetos de estagio do curso de administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalho de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas.

Sampieri, R. H., Collado, C. H. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Scapens, R. W. (1994). Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice. *Management Accounting Research*, 5 (1), 301-321.

Schiesari, L. M. C. & Kisil, M. (2003). A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de Administração em Saúde*, 5 (18), 7-17.

Schramm, F. R. (2005). Pesquisas em ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Cadernos de Ética em Pesquisa*, 6 (16), 8-15.

Shank, J. K. & Govindarajan, V. (1997). *A revolução dos custos: como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos* (2a ed.). Rio de Janeiro: Campus.

Silva, A. S. & Fonseca, A. C. P. D. (2009) Controle gerencial por meio do benchmarking: o caso de uma organização de ciência e tecnologia da marinha do Brasil. *Contabilidade Vista & Revista*, 20 (2), 65-98.

Silva, A. B., Godoi, C. K. & Bandeira-de-Mello, R. (2006). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva.

Simons, R. (1994). How new top managers use control systems as levers of strategic renewal. *Strategic Management Journal*, 15 (3), 169-189.

Simons, R. (1995). *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: HBS Press.

Simons, R. (2000). *Performance measurement and control systems for implementing strategy: text and cases*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Souza, A. A., Rodrigues, L. T., Lara, C. O., Guerra, M. & Pereira, C. M. (2009). Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais: um estudo teórico. *RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 3, 44-55.

Tomasich, F. D. S. (2013). *Descrição da infraestrutura e instalações do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná para fins de anexação a processo de pesquisa clínica científica*, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Recuperado em 19 de julho de 2013, de http://www.hc.ufpr.br/files/infraestrutura_2013_dg_junho_2013.pdf.

Van Helden, J., Johnsen, A. & Vakkuri, J. (2012). The life-cycle approach to performance management: Implications for public management and evaluation. *Evaluation*, 18 (2), 159-175.

Veblen, T. (1919). *The place of science in modern civilization and other essays*. New York: Huebsch.

Veen-Dirks, P. V. (2010). Different uses of performance measures: the evaluation versus reward of production managers. *Accounting, Organizations and Society*, 35 (2), 141-164.

Waal, A. A. (2003). Behavioral factors important for the successful implementation and use of performance management systems. *Management Decision*, 41 (8), 688-697.

Wisner, J. D. & Fawcett, S. E. (1991). Link firm strategy to operating decisions through performance measurement. *Production and Inventory Management Journal*, 5-11.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Zhang, S. & Wang, L. (2010). A public value approach to service management in public hospitals: an alternative to the Balanced Scorecard. In *4 International Conference on Management and Service Science*, Wuhan, China.

Zimmerman, J. L. (2011). *Accounting for decision making and control* (7a ed.). New York: McGraw-Hill.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Henrique Portulhak e Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Senhor (a) Diretor (a) / Gerente desta organização a participar de um estudo intitulado “A utilização do *Public Value Scorecard* como instrumento de apoio ao cumprimento do planejamento estratégico de um Hospital Universitário Federal”, que visa a proposição de implantação de um sistema de avaliação de desempenho em uma instituição voltada à assistência à saúde. Esta pesquisa possui como maior contribuição a proposição de um artefato de controle gerencial que possa ser capaz de auxiliar uma entidade voltada à atenção à saúde a melhorar o aproveitamento dos recursos disponíveis, visando o atendimento de uma necessária evolução administrativa nos órgãos pertencentes a este setor, com consequências no atendimento dos objetivos estratégicos delimitados pelas entidades e em uma melhor qualidade nos serviços oferecidos à população.

O objetivo desta pesquisa é apresentar os potenciais benefícios e contribuições da aplicação do *Public Value Scorecard* como um artefato de controle gerencial que pode contribuir ao cumprimento do planejamento estratégico do hospital universitário federal que será objeto deste estudo.

Caso o Senhor (a) participe da pesquisa, será necessário participar de entrevistas estruturadas individuais e de rodadas de *focus group*, estratégia de entrevista em grupo que procura enfatizar um tema ou tópico específico que é explorado de forma específica, sendo que a interação entre os membros do grupo fomenta a construção conjunta de um significado.

Para tanto você deverá comparecer no Hospital de Clínicas da UFPR, em locais e horários previamente combinados para as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas serão gravadas em áudio para melhor aproveitamento e acuracidade na coleta das informações disponibilizadas e conclusões alcançadas durante as discussões, que terão duração de aproximadamente uma hora por sessão. A sala da Direção Financeira estará disponível para a realização das entrevistas e sessões de *focus group*, considerando

a disponibilidade e conveniência para sua participação.

Tendo em vista que as entrevistas não procuram abordar aspectos íntimos dos participantes, limitando-se apenas a assuntos relacionados às atividades exercidas pelos colaboradores na entidade objeto de estudo, não é possível observar riscos de maior severidade na condução dos procedimentos. Estão inerentes aos procedimentos situações de exposição junto a colegas no *focus group*, e possível intimidação com o procedimento de gravação das entrevistas em áudio.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: (i) desenvolver uma ferramenta de avaliação de desempenho em uma entidade voltada à assistência à saúde, onde há demandas de evolução administrativa e de melhorias na qualidade dos serviços oferecidos à população; (ii) desenvolver estudo empírico sobre o *Public Value Scorecard*, visto a escassez de fontes bibliográficas sobre o artefato, contribuindo desta forma para o desenvolvimento científico sobre o tema; (iii) contribuir para a diminuição do *gap* entre teoria e prática na Contabilidade Gerencial.

O pesquisador Henrique Portulhak, Contador do Hospital de Clínicas da UFPR e Mestrando em Contabilidade pela UFPR, responsável principal por este estudo, poderá ser contatado na Direção Financeira do Hospital de Clínicas da UFPR, por meio do telefone (41) 3360-****²² ou ramal interno ****, de segunda a sexta-feira entre às **:** e **:**, ou ainda por meio do endereço eletrônico *****@ufpr.br para esclarecer eventuais dúvidas que o Sr(a). possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: 3360-****. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

²² As informações nesse documento foram substituídas intencionalmente nessa publicação por asteriscos, por serem consideradas sigilosas. Tais informações constam de forma adequada nos documentos submetidos aos sujeitos de pesquisa.

As informações relacionadas ao estudo somente poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, sendo o pesquisador principal, Henrique Portulhak, e a professora orientadora da pesquisa, Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)
Curitiba, ____ de _____ de _____.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Henrique Portulhak
Contador – CRC PR NNN.NNN/O-N
Matrícula NNNNNN – HC/UFPR
Curitiba, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista-diagnóstico para Direção Geral

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

MODELO DE ROTEIRO

DIREÇÃO GERAL

Assunto: diagnóstico inicial quanto ao alinhamento dos objetivos estratégicos da organização com o processo de tomada de decisão dos gestores e com as metas existentes nas unidades da entidade objeto de estudo.

População: diretores e gerentes da entidade objeto de estudo.

Premissas: Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador possui uma lista de perguntas bastante específica a ser tratada, e o entrevistado possui grande margem de manobra em como respondê-las (Bryman, 2012).

Características: (i) as perguntas não seguem exatamente a forma descrita no roteiro; (ii) novas perguntas podem ser incluídas (Bryman, 2012).

- 1) Dados de identificação do entrevistado:
 - a. Nome: _____
 - b. Função: _____
 - c. Unidade / Direção: _____
 - d. Tempo na função atual: _____
 - e. Tempo total de trabalho na entidade: _____
 - f. Código do sujeito (a ser utilizado nos relatórios da pesquisa): XXX00

Nas perguntas em que há a aplicação de escala tipo Likert: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente; (3) não concordo nem discordo; (4) concordo parcialmente; (5) concordo totalmente.

BLOCO 1 – Estratégia e ambiente organizacional

2) Os colaboradores da entidade conhecem a missão, visão e os objetivos estratégicos da instituição.

() () () () ()
1 2 3 4 5

3) Como a estratégia é comunicada a todos os colaboradores da entidade?

4) O meu processo de tomada de decisão é orientado pela estratégia da instituição:

() () () () ()
1 2 3 4 5

5) Os colaboradores são capazes de perceber como suas atividades contribuem para o alcance da estratégia da organização:

() () () () ()
1 2 3 4 5

6) Todas as iniciativas e inovações que estão sendo conduzidas pela entidade estão baseadas na estratégia da instituição:

() () () () ()
1 2 3 4 5

7) Existe uma alta colaboração entre os departamentos. As pessoas não tendem a apenas tomarem ações com relação a sua própria área:

() () () () ()
1 2 3 4 5

8) As prioridades geralmente são ditadas pela necessidade corrente, aquelas voltadas para “apagar incêndios”:

() () () () ()
1 2 3 4 5

9) O ambiente em que trabalhamos está em mudança, e para termos sucesso também devemos mudar:

() () () () ()
1 2 3 4 5

10) Sofremos crescente pressão de partes interessadas em nossas atividades para demonstrarmos mais resultados:

() () () () ()
1 2 3 4 5

11) As vezes tomamos decisões que são benéficas a curto prazo, porém podem nos prejudicar a longo prazo:

() () () () ()
1 2 3 4 5

BLOCO 2 – Sistemas de controle gerencial

12) A entidade possui sistema(s) de controle gerencial, sistemas que incluem meios que permitem assegurar que o comportamento e as decisões tomadas pelos colaboradores estejam de acordo com a estratégia da organização, além de fornecer informações úteis para apoiar o desenvolvimento das atividades e a tomada de decisão.

() Sim () Não

13) Caso exista sistema de controle gerencial: por quais ferramentas o sistema de controle gerencial da entidade é composto?

14) Motivos pela existência de um sistema de controle gerencial (são permitidas múltiplas respostas):

- a. Imposição da universidade / ministério / governo federal;
- b. Imposição de clientes / fornecedores;
- c. Credibilidade das práticas;
- d. Experiência de outras entidades;
- e. Opinião / recomendação de empresas de consultoria;
- f. Desempenho econômico-financeiro;
- g. Decisão do corpo diretivo e gerencial;
- h. Imposição de órgãos reguladores;
- i. Leitura de livros sobre o assunto;
- j. O processo de acreditação hospitalar;
- k. Outros. Quais?

-
-
- l. Não sabe / desconhece;
 - m. Não existe um sistema de controle gerencial.

15) Motivos pela inexistência de um sistema de controle gerencial (são permitidas múltiplas respostas):

- a. Insegurança em experimentar a implantação de artefatos oriundos da iniciativa privada;
- b. Receios sobre a possibilidade de um desvio de foco da verdadeira missão orientadora da entidade;
- c. Desconhecimento sobre os sistemas implantados em outras entidades e na literatura acadêmica;
- d. Outros. Quais?

e. Não sabe / desconhece.

BLOCO 3 – Avaliação de desempenho

16) A entidade possui indicadores de desempenho:

() Sim () Não

Caso possua indicadores de desempenho:

17) Descreva como ocorreu o processo de definição dos indicadores:

18) Os indicadores de desempenho existentes são utilizados como base do processo de tomada de decisão:

() () () () ()
1 2 3 4 5

19) Descreva os principais indicadores utilizados para apoio à tomada de decisão (determinando se são indicadores financeiros ou não financeiros):

20) Os indicadores financeiros e/ou não financeiros foram formulados de modo a promover uma ligação direta com a estratégia da organização:

() () () () ()
1 2 3 4 5

21) É avaliado o desempenho dos diversos níveis da organização?

() Sim () Não

22) A entidade possui um sistema formal de avaliação de desempenho que engloba indicadores financeiros e não financeiros, e que apoia o processo de tomada de decisão.

() Sim () Não

Caso possua um sistema de avaliação de desempenho:

23) Há uma área/colaborador responsável especificamente pelo sistema de avaliação de desempenho na entidade?

() Sim () Não

24) Qual é este sistema?

25) Motivos pela existência de um sistema de avaliação de desempenho (são permitidas múltiplas respostas):

- a. Imposição da universidade / ministério / governo federal;
 - b. Imposição de clientes / fornecedores;
 - c. Credibilidade das práticas;
 - d. Experiência de outras entidades;
 - e. Opinião / recomendação de empresas de consultoria;
 - f. Desempenho econômico-financeiro;
 - g. Decisão do corpo diretivo e gerencial;
 - h. Imposição de órgãos reguladores;
 - i. Leitura de livros sobre o assunto;
 - j. O processo de acreditação hospitalar;
 - k. Outros. Quais?
-
-

l. Não sabe / desconhece;

m. Não existe um sistema formal de avaliação de desempenho.

26) Motivos pela inexistência de um sistema de avaliação de desempenho (são permitidas múltiplas respostas):

- a. Insegurança em experimentar a implantação de artefatos oriundos da iniciativa privada;
- b. Receios sobre a possibilidade de um desvio de foco da verdadeira missão orientadora da entidade;
- c. Desconhecimento sobre os sistemas implantados em outras entidades e na literatura acadêmica;
- d. Outros. Quais?

- e. Não sabe / desconhece.

BLOCO 4 – Metas e sistemas de incentivos

27) As unidades possuem metas pactuadas?

() Sim () Não

28) Os colaboradores possuem metas individuais pactuadas?

() Sim () Não

Caso existam metas:

29) As metas existentes são tanto financeiras quanto não financeiras:

() Sim () Não

30) Descreva como ocorre o processo de definição de metas:

31) As metas existentes estão diretamente ligadas com a estratégia definida pela organização.

() () () () ()
1 2 3 4 5

32) *Caso existam indicadores:* as metas existentes foram definidas em função dos indicadores financeiros e/ou não financeiros?

() Sim () Não

33) As metas existentes estão atreladas a um sistema de incentivos relacionado ao seu alcance?

() Sim () Não

Caso exista o sistema de incentivos:

34) Como é funcionamento deste sistema de recompensas?

35) Você considera que o sistema de recompensas existente na organização é adequado para motivar as ações que são desejadas dos colaboradores?

() Sim () Não

Justifique:

Fontes: Mintzberg (1987), Chenhall e Langfield-Smith (1998, 2003), Otley (1999), Kaplan e Norton (2001), Niven (2002, 2003); Schiesari e Kisil (2003), Abernethy et al. (2007), Merchant e Van Der Stede (2007), Oyadomari et al. (2008), Kaplan (2009), Veen-Dirks (2010), Abushaiba e Zainuddin (2012).

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista-diagnóstico para demais gestores

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA MODELO DE ROTEIRO DIRETORES DE ÁREAS E GERENTES

Assunto: diagnóstico inicial quanto ao alinhamento dos objetivos estratégicos da organização com o processo de tomada de decisão dos gestores e com as metas existentes nas unidades da entidade objeto de estudo.

População: diretores e gerentes da entidade objeto de estudo.

Premissas: Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador possui uma lista de perguntas bastante específica a ser tratada, e o entrevistado possui grande margem de manobra em como respondê-las (Bryman, 2012).

Características: (i) as perguntas não seguem exatamente a forma descrita no roteiro; (ii) novas perguntas podem ser incluídas (Bryman, 2012).

- 1) Dados de identificação do entrevistado:
 - a. Nome: _____
 - b. Função: _____
 - c. Unidade / Direção: _____
 - d. Tempo na função atual: _____
 - e. Tempo total de trabalho na entidade: _____
 - f. Código do sujeito (a ser utilizado nos relatórios da pesquisa): XXX00

Nas perguntas em que há a aplicação de escala tipo Likert: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente; (3) não concordo nem discordo; (4) concordo parcialmente; (5) concordo totalmente.

BLOCO 1 – Estratégia e ambiente organizacional

2) Conheço a missão, visão e os objetivos estratégicos da instituição.

() () () () ()

1 2 3 4 5

Motivo da discordância (2 ou 1):

3) Os colaboradores na minha /unidade/departamento conhecem a missão, visão e os objetivos estratégicos da instituição.

() () () () ()

1 2 3 4 5

Motivo da discordância (2 ou 1):

4) O papel da minha área/unidade/departamento no alcance da estratégia da entidade é claro para os colaboradores desta lotação:

() () () () ()

1 2 3 4 5

5) Os colaboradores são capazes de perceber como suas atividades contribuem para o alcance da estratégia da organização:

() () () () ()

1 2 3 4 5

6) O meu processo de tomada de decisão é orientado pela estratégia da instituição:

() () () () ()

1 2 3 4 5

7) Todas as iniciativas e inovações que estão sendo conduzidas pela minha área/unidade/departamento estão baseadas na estratégia da instituição:

() () () () ()
1 2 3 4 5

8) Existe uma alta colaboração entre os departamentos. As pessoas não tendem a apenas tomarem ações com relação a sua própria área:

() () () () ()
1 2 3 4 5

9) As prioridades geralmente são ditadas pela necessidade corrente, aquelas voltadas para “apagar incêndios”:

() () () () ()
1 2 3 4 5

10) O ambiente em que trabalhamos está em mudança, e para termos sucesso também devemos mudar:

() () () () ()
1 2 3 4 5

11) Sofremos crescente pressão de partes interessadas em nossas atividades para demonstrarmos mais resultados:

() () () () ()
1 2 3 4 5

12) As vezes tomamos decisões que são benéficas a curto prazo, porém podem nos prejudicar a longo prazo:

() () () () ()
1 2 3 4 5

BLOCO 2 – Indicadores de desempenho

13) A minha área/unidade/departamento possui indicadores de desempenho:

() Sim () Não

Caso possua indicadores de desempenho:

14) Descreva os principais indicadores utilizados para apoio à tomada de decisão (determinando se são indicadores financeiros ou não financeiros):

15) Descreva como ocorreu o processo de definição dos indicadores:

16) Os indicadores de desempenho existentes são utilizados como base do processo de tomada de decisão:

() () () () ()
 1 2 3 4 5

17) Os indicadores financeiros e/ou não financeiros foram formulados de modo a promover uma ligação direta com a estratégia da organização:

() () () () ()
 1 2 3 4 5

18) Os indicadores de desempenho medem a eficácia dos serviços prestados pela área de minha responsabilidade, ou seja, o grau em que os serviços atendem os padrões estabelecidos consideradas as demandas de usuários e clientes.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

19) Os indicadores de desempenho medem a eficiência dos serviços prestados pela área de minha responsabilidade, ou seja, o grau em que o serviço está sendo produzido a um custo mínimo.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

20) Os indicadores de desempenho medem a qualidade dos serviços prestados pela área de minha responsabilidade, ou seja, o grau em que o serviço é adequado ao uso pelo usuário.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

BLOCO 3 – Metas e sistema de incentivos

21) A minha área/unidade/departamento possui metas a cumprir:

() Sim () Não

22) Os colaboradores da minha área/unidade/departamento possuem metas individuais a cumprir:

() Sim () Não

Caso existam metas:

23) As metas existentes são tanto financeiras quanto não financeiras:

() Sim () Não

24) Descreva como ocorreu o processo de definição das metas da área/unidade/departamento e dos colaboradores:

25) As metas existentes estão diretamente ligadas com a estratégia definida pela organização.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

26) As metas existentes envolvem as principais atividades exercidas pela unidade.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

27) Caso possua indicadores de desempenho: As metas existentes estão diretamente ligadas com os indicadores financeiros e/ou não financeiros existentes.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

28) A minha área/unidade/departamento possui um plano de recompensas atrelado ao alcance das metas:

() Sim () Não

29) Caso possua sistema de incentivos: O sistema de incentivos existente na instituição é adequado para motivar as ações que são desejadas dos colaboradores.

() () () () ()
 1 2 3 4 5

Justifique:

Fontes: Mintzberg (1987), Ribeiro Filho (1997), Chenhall e Langfield-Smith (1998, 2003), Kaplan e Norton (2001), Niven (2002, 2003), Abernethy et al. (2007), Kaplan (2009), Bonacim e Araujo (2010), Veen-Dirks (2010), Abushaiba e Zainuddin (2012).

APÊNDICE D – Protocolo de Estudo de Caso

PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO:

PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO DO *PUBLIC VALUE SCORECARD* COMO INSTRUMENTO DE APOIO AO CUMPRIMENTO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

VISÃO GERAL DO PROJETO

a. *Questão de pesquisa*

Como desenvolver um modelo conceitual do *Public Value Scorecard* integrado ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal?

b. *Pressuposto*

Pressupõe-se que o *Public Value Scorecard* é um artefato de controle gerencial que pode ser integrado ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal.

c. *Objetivos*

i. *Objetivo geral*

Apresentar uma proposta de um sistema de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* voltado ao cumprimento do planejamento estratégico de um hospital universitário federal que será objeto deste estudo.

ii. *Objetivos específicos*

- (1) Justificar a importância do *Public Value Scorecard* como um artefato de Controle Gerencial capaz de se integrar ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal;
- (2) Propor um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* para o hospital universitário federal objeto de estudo.

d. *Instituição promotora*

Universidade Federal do Paraná – Programa de Pós-Graduação Mestrado em Contabilidade.

i. Pesquisador principal

Henrique Portulhak – Mestrando em Contabilidade pela UFPR, Especialista em Controladoria pela UFPR, Graduado em Ciências Contábeis pela UFPR. Contador do Hospital de Clínicas da UFPR.

ii. Pesquisador orientador

Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo – Doutora em Contabilidade e Controladoria pela FEA/USP; Mestre em Administração pela UEL; Especialista em Contabilidade Financeira e Gerencial pela UEM; Graduada em Administração pela UEM. Coordenadora e Professora do PPG Mestrado em Contabilidade UFPR.

e. Instituição objeto do estudo de caso

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR).

PROCEDIMENTOS DE CAMPO

a. Obter plano estratégico do HC/UFPR

- i. Onde?* Serviço de Planejamento do HC/UFPR
- ii. Quando?* Após aprovação de projeto de pesquisa pelo COMEP;
- iii. Para quê?* Atendimento dos objetivos específicos (1) e (2);
- iv. Instrumentos:* E-mail, telefone.

b. Obter cópia dos contratos de gestão vigentes entre unidades funcionais e diretoria do HC/UFPR

- i. Onde?* Serviço de Planejamento do HC/UFPR
- ii. Quando?* Após aprovação de projeto de pesquisa pelo COMEP;
- iii. Para quê?* Atendimento do objetivo específico (1);
- iv. Instrumentos:* E-mail, telefone.

c. Obter estrutura hierárquica do HC/UFPR

- i. Onde?* Serviço de Planejamento do HC/UFPR
- ii. Quando?* Após aprovação de projeto de pesquisa pelo COMEP;
- iii. Para quê?* Atendimento dos objetivos específicos (1) e (2);
- iv. Instrumentos:* E-mail, telefone.

d. Determinar áreas que deverão compor o sistema de avaliação de desempenho a ser projetado

- i. Onde?* Direção Geral do HC/UFPR

- ii. *Quando?* Após item (c), com o devido agendamento.
 - iii. *Para quê?* Atendimento dos objetivos específicos (1) e (2);
 - iv. *Instrumentos:* TCLE, roteiro de entrevista, gravador de áudio.
- e. *Entrevista de diagnóstico com os gestores envolvidos no processo de composição do sistema de avaliação de desempenho*
 - i. *Onde?* HC/UFPR (em cada local de trabalho ou na Direção Financeira do HC)
 - ii. *Quando?* Após itens (a), (b) e (d), com agendamento prévio.
 - iii. *Para quê?* Atendimento do objetivo específico (1);
 - iv. *Instrumentos:* TCLE, roteiro de entrevista, gravador de áudio.
- f. *Entrevista com o diretor geral para design do sistema de avaliação de desempenho a ser proposto*
 - i. *Onde?* Direção Geral do HC/UFPR
 - ii. *Quando?* Após item (e), com agendamento prévio.
 - iii. *Para quê?* Atendimento do objetivo específico (2);
 - iv. *Instrumentos:* Roteiro de entrevista, gravador de áudio.
- g. *Entrevistas com os diretores e assessores subordinados para design do sistema de avaliação de desempenho a ser proposto*
 - i. *Onde?* HC/UFPR (no local de trabalho de um dos participantes ou na Direção Financeira do HC)
 - ii. *Quando?* Após item (f), com agendamento prévio.
 - iii. *Para quê?* Atendimento do objetivo específico (2);
 - iv. *Instrumentos:* Roteiro de entrevista, gravador de áudio.
- h. *Entrevistas com as áreas designadas subordinadas às direções para design do sistema de avaliação de desempenho a ser proposto*
 - i. *Onde?* HC/UFPR (no local de trabalho de um dos participantes ou na Direção Financeira do HC)
 - ii. *Quando?* Após item (g), com agendamento prévio.
 - iii. *Para quê?* Atendimento do objetivo específico (2);
 - iv. *Instrumentos:* Roteiro de entrevista, gravador de áudio.

QUESTÕES DO ESTUDO DE CASO

- a. Qual a missão, visão e os objetivos estratégicos do HC/UFPR para o período 2012-2015?
 - i. Objetivo específico: (1) e (2)
 - ii. Fonte: item 2.a.
 - iii. Instrumentos: análise documental.
- b. Os contratos de gestão vigentes no HC/UFPR estão alinhados com a estratégia da instituição?
 - i. Objetivo específico: (1)
 - ii. Fonte: itens 2.a, 2.b, 2.e, 3.a.
 - iii. Instrumentos: observação participante, análise documental, análise categorial, análise interpretativa, Sphinx Survey®, Microsoft Excel®.
- c. Os contratos de gestão vigentes no HC/UFPR cobrem todas as áreas relevantes em termos de processos e custos da instituição?
 - i. Objetivo específico: (1)
 - ii. Fonte: itens 2.a, 2.b, 2.c, 2.d, 2.e.
 - iii. Instrumentos: observação participante, análise documental, análise interpretativa.
- d. O processo de tomada de decisão é realizado na instituição tomando em consideração a estratégia definida?
 - i. Objetivo específico: (1)
 - ii. Fonte: itens 2.e, 3.a.
 - iii. Instrumentos: análise documental, análise categorial, análise interpretativa, Sphinx Survey®, Microsoft Excel®.
- e. Quais áreas são relevantes em termos de processos e custos na instituição, e que deverão compor o sistema de avaliação de desempenho a ser projetado?
 - i. Objetivo específico: (2)
 - ii. Fonte: item 2.d.
 - iii. Instrumentos: observação participante, análise documental, análise interpretativa.
- f. Quais indicadores e metas deverão compor o sistema de avaliação de desempenho projetado para a instituição?
 - i. Objetivo específico: (2)

- ii. Fonte: itens 2.f, 2.g, 2.h, 3.e.
- iii. Instrumentos: observação participante, análise documental, análise interpretativa, Sphinx Survey®, Microsoft Excel®, Microsoft Access®.

GUIA PARA O RELATÓRIO DE ESTUDO DE CASO

Objetivos específicos:

- (1) Justificar a importância do *Public Value Scorecard* como um artefato de Controle Gerencial capaz de se integrar ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal;
 - i. Resumir os resultados obtidos por meio das respostas às questões 3.b, 3.c e 3.d.
- (2) Propor um modelo conceitual de avaliação de desempenho baseado no *Public Value Scorecard* para o hospital universitário federal objeto de estudo.
 - i. Organizar e apresentar os resultados obtidos por meio das respostas à questão 3.f.

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista para modelagem do *Public Value Scorecard* com a Direção Geral

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA MODELAGEM CONCEITUAL DO PVS - DIREÇÃO GERAL MODELO DE ROTEIRO

Assunto: coleta de informações necessárias para a elaboração de uma proposta de implantação do *Public Value Scorecard* na entidade objeto de estudo, em específico quanto à definição de indicadores e metas ligadas à estratégia.

População: direção geral do HC/UFPR.

Premissas: Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador possui uma lista de perguntas bastante específica a ser tratada, e o entrevistado possui grande margem de manobra em como respondê-las (Bryman, 2012).

Características: (i) as perguntas não seguem exatamente a forma descrita no roteiro; (ii) novas perguntas podem ser incluídas (Bryman, 2012).

1) Dados de identificação da sessão:

- a. Nome: _____
- b. Função: _____
- c. Unidade / Direção: _____
- d. Código do sujeito (a ser utilizado nos relatórios da pesquisa): _____

FASE 1 – Determinação dos clientes *upstream* e *downstream*

2) Quais são os clientes *upstream* da entidade, ou seja, os clientes que repassam recursos financeiros para as entidades sem fins lucrativos, sendo doadores de diversos tipos, e o próprio governo, e de quem esta organização depende para a continuidade de sua missão?

3) Quais são os clientes *downstream* da entidade, ou seja, os clientes que recebem os produtos e serviços fornecidos pela organização mesmo sem pagar nada diretamente por isto, sendo por meio deste realizada sua missão social?

Nota: Os clientes *upstream* estão relacionados à perspectiva de legitimidade e apoio do *Public Value Scorecard*, e os clientes *downstream* estão relacionados à perspectiva da missão social.

FASE 2 – Determinação dos agentes ligados à legitimidade e apoio e capacidades operacionais

4) Quais os principais agentes da sociedade civil que influenciam na continuidade e no desempenho da entidade?

5) Quais os órgãos reguladores do governo que influenciam na continuidade e no desempenho da entidade?

6) Quais são os principais parceiros ou co-produtores que se relacionam e compartilham com a entidade o alcance de sua missão social?

Cada pergunta a seguir será repetida para cada item necessário.

FASE 3 – Alinhamento dos objetivos estratégicos

Objetivo: traçar objetivos para os itens que estão inclusos no modelo do *Public Value Scorecard* e que não possuem objetivos atrelados.

7) Considerando o item _____, relacionado à perspectiva _____ do *Public Value Scorecard*, qual objetivo pode ser definido para a instituição no Plano Estratégico 2012-2015?

FASE 4 – Definição dos indicadores para as diretorias

Objetivo: determinar os indicadores financeiros e/ou não financeiros necessários para que as diretorias possam cascadear adequadamente os _____ indicadores definidos pela Direção Geral.

8) Tomando por base o indicador o objetivo _____ presente na perspectiva _____ do *Public Value Scorecard*, qual (is) indicador (es), financeiro(s) e/ou não financeiro(s) pode(m) expressar de modo apropriado a consecução deste objetivo para a instituição?

9) Qual o nível de criticidade deste indicador para a continuidade das atividades da organização e para o cumprimento do Plano Estratégico 2012-2015?

- | | |
|----------------|------------|
| i. Muito baixo | iii. Médio |
| ii. Baixo | |

iv. Alto

v. Muito alto

10) Considerando o nível de criticidade do indicador, qual meta deve ser atingida para que seja alcançado um resultado satisfatório diante das perspectivas presentes no Plano Estratégico 2012-2015?

11) Quais diretorias devem tomar ações para o cumprimento desta meta?

Relatório resultante (modelo):

Item nº:	
Perspectiva:	
Objetivo:	
Indicador:	
Nível de criticidade:	
Meta:	
Diretorias responsáveis:	

Fontes: Neely et al. (1997, 2000), Bourne et al. (2000), Moore (2003), Fryer et al. (2009), Veen-Dirks (2010).

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista para modelagem do *Public Value Scorecard* com as diretorias e assessorias

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA MODELAGEM CONCEITUAL DO PVS – DIRETORIAS E ASSESSORIAS MODELO DE ROTEIRO

Assunto: coleta de informações necessárias para a elaboração de uma proposta de implantação do *Public Value Scorecard* na entidade objeto de estudo, em específico quanto à definição de indicadores e metas ligadas à estratégia.

População: diretores e assessores da entidade objeto de estudo.

Premissas: Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador possui uma lista de perguntas bastante específica a ser tratada, e o entrevistado possui grande margem de manobra em como respondê-las (Bryman, 2012).

Características: (i) as perguntas não seguem exatamente a forma descrita no roteiro; (ii) novas perguntas podem ser incluídas (Bryman, 2012).

- 1) Dados de identificação:
 - a. Nome: _____
 - b. Função: _____
 - c. Unidade / Direção: _____
 - d. Código do sujeito (a ser utilizado nos relatórios da pesquisa): XXX00

Cada pergunta a seguir será repetida para cada item necessário.

Definição dos indicadores para as diretorias e assessorias

Objetivo: determinar os indicadores financeiros e/ou não financeiros necessários para que as diretorias possam cascatear adequadamente os indicadores definidos pela Direção Geral e/ou assessorias.

2) Tomando por base o indicador _____ e o objetivo _____ presentes na perspectiva _____ do *Public Value Scorecard*, qual (is) indicador (es), financeiro(s) e/ou não financeiro(s) pode(m) expressar de modo apropriado a consecução deste objetivo para sua Direção?

3) Considerando o indicador definido, qual meta deve ser atingida para que seja alcançado um resultado satisfatório por esta Diretoria?

5) Quais unidades devem tomar ações para o cumprimento desta meta?

Relatório resultante (modelo):

Item nº:	
Perspectiva:	
Objetivo:	
Indicador:	
Nível de criticidade:	
Meta:	
Diretorias responsáveis:	

Diretoria:	
Item nº:	
Indicador:	
Meta:	
Unidades responsáveis:	

Fontes: Neely et al. (1997, 2000), Bourne et al. (2000), Moore (2003), Fryer et al. (2009), Veen-Dirks (2010).

APÊNDICE G – Roteiro de entrevista para modelagem do *Public Value Scorecard* com as unidades, coordenações e comissões

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA MODELAGEM CONCEITUAL DO PVS - UNIDADES MODELO DE ROTEIRO

Assunto: coleta de informações necessárias para a elaboração de uma proposta de implantação do *Public Value Scorecard* na entidade objeto de estudo, em específico quanto à definição de indicadores e metas ligadas à estratégia.

População: gerentes, coordenadores e presidentes de comissão da entidade objeto de estudo.

Premissas: Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador possui uma lista de perguntas bastante específica a ser tratada, e o entrevistado possui grande margem de manobra em como respondê-las (Bryman, 2012).

Características: (i) as perguntas não seguem exatamente a forma descrita no roteiro; (ii) novas perguntas podem ser incluídas (Bryman, 2012).

- 1) Dados de identificação:
 - a. Nome: _____
 - b. Função: _____
 - c. Unidade / Direção: _____
 - d. Código do sujeito (a ser utilizado nos relatórios da pesquisa): XXX00

Cada pergunta a seguir será repetida para cada item necessário.

Definição dos indicadores para as unidades

Objetivo: determinar os indicadores financeiros e/ou não financeiros necessários para que as unidades possam cascatear adequadamente os indicadores definidos pelas Direções.

2) Tomando por base o indicador _____ e o objetivo _____ presentes na perspectiva _____ do *Public Value Scorecard*, qual (is) indicador (es), financeiro(s) e/ou não financeiro(s) pode(m) expressar de modo apropriado a consecução deste objetivo para sua Unidade?

3) Considerando o indicador definido, qual meta deve ser atingida para que seja alcançado um resultado satisfatório por esta Unidade?

4) De que forma é possível mensurar este indicador?

a) Fórmula:

b) Fonte de dados:

Relatório resultante (modelo):

Item nº:	
Perspectiva:	
Objetivo:	
Indicador:	
Nível de criticidade:	
Meta:	
Diretorias responsáveis:	

Diretoria:	
Item nº:	
Indicador:	
Meta:	
Unidades responsáveis:	

Unidade:	
Item nº:	
Indicador:	
Meta:	
Fórmula:	
Fonte de dados:	

Fontes: Neely et al. (1997, 2000), Bourne et al. (2000), Moore (2003), Fryer et al. (2009), Veen-Dirks (2010).

APÊNDICE H – Proposta de PVS para a Assessoria de Gestão da Qualidade

Ref.	Indicador	Meta	Área Cascadeada	Item
Q21.1	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Assistência	1
	% adesão aos protocolos gerenciados (TEV / sepse)	100% de adesão até 2015	Diretoria do Corpo Clínico	2
	% de aplicação do Termo de Consentimento de modo adequado	100% adequado até 2015	Diretoria do Corpo Clínico	3
	Implantação de padrão de passagem de plantão	100% implantado até 2014	Diretoria de Enfermagem	4
	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Assistência; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem	5
	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Assistência; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria do Corpo Clínico	6
	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Assistência; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	7
	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Assistência	8
	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Diretoria de Assistência; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem; Diretoria do Corpo Clínico	9
	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Assistência	10
	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Diretoria de Enfermagem; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Assistência	11

	% de cancelamentos de cirurgias	Conforme metas das unidades assistenciais	Diretoria de Assistência; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria Administrativa; Diretoria Financeira; Diretoria de Enfermagem	12
	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Assistência; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	13
Q21.28	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Diretoria Administrativa; Diretoria de Assistência; Diretoria de Enfermagem; Diretoria Financeira; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Comissão de Licitação	15

APÊNDICE I – Proposta de PVS para a Assessoria de Marketing Institucional

Ref.	Indicador	Meta	Área Cascadeada	Item
Q21.1	% aplicação da pesquisa de satisfação com os pacientes	100% aplicado até julho/2014	Assessoria de Marketing Institucional	1
Q21.21	% de matérias positivas detectadas na mídia	80% de matérias positivas detectadas na mídia	Assessoria de Marketing Institucional	2
	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Assistência	3
Q21.22	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC voltada à divulgação de pesquisas	Aumentar em 10% as fontes internas até 2015	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	4
Q21.29	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade externa	80% de reconhecimento positivo para a comunidade externa	Assessoria de Marketing Institucional	5
	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	70% de reconhecimento positivo para a comunidade interna	Diretoria Administrativa	6

APÊNDICE J – Proposta de PVS para o Comitê de Humanização

Ref.	Indicador	Meta	Área Cascadeada	Item
Q21.1	% de unidades com revisão de processos iniciada	100% das unidades com revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Diretoria Administrativa; Comissão de Licitação; Diretoria do Corpo Clínico; Diretoria de Enfermagem; Diretoria Financeira; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Assistência	1
Q21.18	Percepção dos alunos quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de adesão à equidade	Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	2
	% alunos participando dos diálogos	30% de participação	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem	3
	Percepção dos alunos quanto ao modelo de gestão da PNH	30% de adesão ao modelo	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Enfermagem	4
Q21.19	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Diretoria de Assistência; Diretoria de Enfermagem	5
Q21.39	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Diretoria de Enfermagem; Comissão de Licitação; Diretoria Administrativa; Diretoria Financeira; Diretoria de Assistência; Diretoria do Corpo Clínico	6
	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Diretoria de Assistência; Diretoria de Enfermagem; Diretoria Financeira; Diretoria Administrativa; Diretoria do Corpo Clínico	7

APÊNDICE K – Proposta de PVS para a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão

Ref.	Indicador	Meta
Q21.2	% satisfação dos estudantes de residência médica quanto ao corpo docente/preceptorias, estrutura, ambiente organizacional	80% de satisfação
	% satisfação dos estudantes de graduação e pós-graduação (<i>stricto sensu</i> e <i>lato sensu</i> - especialização) quanto à estrutura fornecida e ambiente organizacional	80% de satisfação
Q21.3	% satisfação dos professores da área de Ciências da Saúde envolvidos na residência médica	80% de satisfação
	% satisfação dos professores da área de Ciências da Saúde envolvidos na graduação e pós-graduação <i>stricto sensu</i> e <i>lato sensu</i> especialização	80% de satisfação
Q21.4	% Implantação do núcleo de apoio ao pesquisador	100% implantado até 2013
	% Implantação de revista online científica de clínica médica	100% implantado até 2013
Q21.5	Implantação da unidade básica ligada ao hospital por meio de convênio com o gestor municipal (limitado, apenas colaboração)	Implantação da unidade básica até o 1º sem/14
Q21.6	Resultado do ENADE	Estar entre os 10 melhores ranqueados até 2015 na área de saúde
Q21.7	Implantação de um colegiado de ensino e pesquisa entre o DEPE e departamentos de curso de Ciências da Saúde	100% implantado até 2014
Q21.8	Adesão ao Código de Conduta do HC pelos alunos de graduação e pós-graduação	90% de adesão pelos alunos de graduação e pós-graduação
Q21.10	% de atividades realizadas pela residência médica em conjunto com a residência multiprofissional	60% das atividades em conjunto até 2015
Q21.32	% de pactos fechados com o setor e departamentos de ensino e assistência	100% de pactos fechados até 2015
Q21.36	Número de parcerias com instituições de pesquisa construídas por meio do núcleo de apoio ao pesquisador	Uma parceria estabelecida até 2015
Q21.37	Número de pesquisas conjuntas com instituições de pesquisa construídas por meio do núcleo de apoio ao pesquisador	Pelo menos uma pesquisa conjunta até 2015
Q21.38	Implantar um centro de telemedicina	100% implantado até 2015
Q21.45	% de pactos fechados com o setor e departamentos de ensino e assistência	100% de pactos fechados até 2015
AH.1	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis

AH.5	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis
AH.6	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis
AH.7	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015
AH.8	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015
AH.9	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015
AH.10	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos
AH.13	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015
AH.15	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015
AI.3	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015
AI.4	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC voltada à divulgação de pesquisas	Aumentar em 10% as fontes internas até 2015
AJ.1	% de unidades com revisão de processos iniciada	100% das unidades com revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização
AJ.2	Percepção dos alunos quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de adesão à equidade em 2015
AJ.3	% alunos participando dos diálogos	30% de participação até 2015
AJ.4	Percepção dos alunos quanto ao modelo de gestão da PNH	30% de adesão ao modelo até 2015

APÊNDICE L – Proposta de PVS para a Diretoria do Corpo Clínico

Ref.	Indicador	Meta
Q21.9	% de adesão ao Código de Conduta do HC pelos profissionais de saúde do hospital	90% de adesão pelos servidores até 2015
Q21.10	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015
Q21.20	Número de voluntários registrados	Manter o quadro atual (2013) de voluntários sob controle de riscos para a entidade
AH.1	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis
AH.2	% adesão aos protocolos gerenciados (TEV / sepse)	100% de adesão até 2015
AH.3	% de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para procedimentos invasivos de modo adequado	100% adequado até 2015
AH.5	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis
AH.6	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis
AH.7	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015
AH.8	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015
AH.9	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015
AH.10	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos
AH.11	% resposta às representações de ouvidoria recebidas	100% das respostas (ou status) realizadas às representações em 30 dias
AH.12	% ações tomadas com relação a cancelamento de cirurgias motivadas por desvios de comportamento do profissional médico	100% de ações tomadas com base nos desvios de comportamento
AH.13	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015
AH.15	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015
AI.3	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015
AJ.1	% de serviços com revisão de processos iniciada	100% da revisão dos processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização
AJ.6	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015
AJ.7	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015

APÊNDICE M – Proposta de PVS para a Diretoria de Enfermagem

Ref.	Indicador	Meta
Q21.10	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015
Q21.36	Número de parcerias com instituições de pesquisa de alto conceito (nacionais ou internacionais, com CAPES até 3 até 5)	Alcançar ao menos uma nova parceria de instituição de alto conceito
Q21.37	Número de pesquisas acadêmicas com parceiros nos grupos de pesquisa e programas de pós-graduação	Alcançar ao menos 10 novas pesquisas por ano
AH.1	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis
AH.4	Implantação de padrão de passagem de plantão	100% implantado até 2014
AH.5	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis
AH.6	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis
AH.7	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015
AH.8	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015
AH.9	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015
AH.10	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Diminuir em 50% os eventos adversos evitáveis até 2015
AH.11	Nº de queixas na ouvidoria relacionadas à enfermagem	Diminuir em 25% das queixas relacionadas à equipe de enfermagem até 2015
AH.12	% ações tomadas com relação a cancelamento de cirurgias motivadas por desvios de comportamento do profissional de enfermagem	100% de ações tomadas com base nos desvios de comportamento
AH.13	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015
AH.15	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015
AI.3	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015
AJ.1	% de unidades com revisão de processos iniciada	100% das unidades com revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização
AJ.2	Percepção dos alunos de enfermagem quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de adesão à equidade
AJ.3	% alunos de enfermagem participando dos diálogos	30% de participação até 2015
AJ.4	Percepção dos alunos de enfermagem quanto ao modelo de gestão da PNH	30% de adesão ao modelo

AJ.5	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente
AJ.6	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015
AJ.7	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015

APÊNDICE N – Proposta de PVS para a Diretoria Financeira

Ref.	Indicador	Meta	Unidade Cascadeada	Item
Q21.25	% de resposta às recomendações de auditoria da AUDIN	100% respondidas até 2015	UCF	1
	Nº autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	Zero autos de infração do TCU até 2015	UCF	2
	Nº autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	Zero autos de infração da CGU até 2015	UCF	3
Q21.34	% de procedimentos de internação faturados dentro do prazo	100% da produção de internação realizada devidamente faturada dentro da competência em que o paciente recebeu alta	UCF	4
	% de procedimentos ambulatoriais faturados dentro do prazo	100% da produção ambulatorial realizada devidamente faturada dentro da competência	UCF	5
Q21.35	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	UCF	6
AH.12	Nº de cancelamentos de cirurgias motivadas por falta de empenho de material	Zero ocorrência de cancelamentos de cirurgias por falta de empenho de material	UCF	7
AH.15	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	UCF	8
AJ.1	% de unidades com revisão de processos iniciada	100% das unidades com revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	UCF	9
AJ.6	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	UCF	10
AJ.7	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	UCF	11

APÊNDICE O – Proposta de PVS para a Diretoria Administrativa

Ref.	Indicador	Meta	Unidade Cascadeada	Item
Q21.24	% de solicitações de especificações técnicas atendidas	100% das demandas originadas da Diretoria de Assistência com especificações técnicas	UIE	1
Q21.25	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015	UAP; UAB; UHH; UINF; CREHUF; UIE	2
	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da VISA - Municipal	100% das regularizações promovidas até 2015	UAP; UAB; UHH; CREHUF; UIE	3
	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria do TCU	100% das regularizações promovidas até 2015	UAP; UAB; UHH; UINF; CREHUF; UIE	4
	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria do MP	100% das regularizações promovidas até 2015	UAP; UAB; UHH; UINF; CREHUF; UIE	5
	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria do CGU	100% das regularizações promovidas até 2015	UAP; UAB; UHH; UINF; CREHUF; UIE	6
Q21.26	Número de crises e ocorrências com os órgãos representativos da sociedade civil – CREA	Ausência de ocorrências sem a devida solução com o CREA que impactem na continuidade das atividades	UIE	7
dQ21.3 3	% de implantação da Política Interna de Gestão de Pessoas	100% implantada até 2015	UAP	8
Q21.35	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	UAP; UAB; UHH; UINF; UIE	9
Q21.38	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	UINF	10
Q21.41	% implantação do PDTI	70% implantado até 2015	UINF	11
Q21.42	% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	70% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	UIE; CREHUF	12
Q21.43	% de solicitações de manutenção completadas	70% de solicitações de manutenção completadas até 2015	UIE	13
Q21.44	% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura	80% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura até 2015	UAB; UHH; UIE; UINF	14
AH.12	Nº de cancelamentos de cirurgias por falhas de infraestrutura	Sem ocorrências evitáveis de infraestrutura até 2015	UAB; UHH; UINF; UIE	15
AH.15	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	UAP; UAB; UHH; UINF; CREHUF; UNIF	17
AI.6	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interno	70 % de reconhecimento positivo da marca da comunidade interno	UAB; UHH; UIE; UINF; UAP	18

AJ.1	% de unidades com revisão de processos iniciada	100% das unidades com revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	UAB; UHH; UIE; UINF; UAP	19
AJ.6	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	UAB; UHH; UIE; UINF; UAP	20
AJ.7	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	UAB; UHH; UIE; UINF; UAP	21
Q21.40	% de unidades gerenciais implantadas	100% das unidades gerenciais implantadas	Diretoria Administrativa	22
Q21.26	Número de crises e ocorrências com os órgãos representativos da sociedade civil – CRA	Ausência de ocorrências sem a devida solução com o CRA que impactem na continuidade das atividades	Diretoria Administrativa	23
	Número de crises e ocorrências com os órgãos representativos da sociedade civil – SINDITEST	Ausência de ocorrências sem a devida solução com o SINDITEST que impactem na continuidade das atividades	Diretoria Administrativa	24

APÊNDICE P – Proposta de PVS para a Diretoria de Assistência

Ref.	Indicador	Meta	Unidade Cascadeada	Item
Q21.5	Implantação da unidade básica ligada ao hospital por meio de convênio com o gestor municipal	Implantação da unidade básica até o 1º sem/14	UPED	1
Q21.10	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAP; UNP	2
Q21.11	% de retornos dos pacientes ao pronto-atendimento do HC	Reduzir o % de retorno de pacientes ao pronto-atendimento em relação a 2011	UMRN	3
Q21.12	% de retornos dos pacientes dentro do prazo definido	De acordo com informações das unidades assistenciais	UNORL; UNP; UNIR; UAMB; UNOFT; UPED; UHHO	4
Q21.13	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	UNP; UCP; UUEA; UNORL; UMRN; UNOFT; UPED; UCIR; UHHO	5
Q21.14	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	UMRN; UCIR; UAD; UNOFT; UPED; UNORL; UCP; UNP; UHHO; UUEA	6
Q21.15	Taxa de permanência	7 dias até 2015	UCIR; UNORL; UMRN; UPED; UHHO; UCP; UNP; UUEA; UNOFT	7
Q21.16	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar nas unidades dentro dos padrões aceitáveis	UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UCP; UMRN; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAP; UNP	8
Q21.17	Taxa de mortalidade	Manter a taxa abaixo de 3,4% por ano	UHHO; UCC; UCP; UUEA; UNORL; UPED; UNOFT; UMRN; UNP; UCIR	9
Q21.23	Recredenciamento do banco de tecidos musculoesquelético	Recredenciar o banco até 2015	UCIR	10
Q21.24	% de equipamentos recebidos com base em projetos elaborados	Conforme unidades assistenciais	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAD; UAP; UNP	11
Q21.25	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	UCIR; UNORL; UUEA; UPED; UNP; UHHO; UCP; UNOFT; UCC; UAD; UNIMULTI; UMRN; UAMB;	12
	Número de inconformidades apontadas pela TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UCC; UAD; UAP; UNP	13
	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto à CGU	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UCC; UAD; UAP; UNP	14

	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAD; UAP; UNP	15
Q21.30	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UAMB; UCC; UPED; UAD	16
Q21.34	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UAMB; UPED; UAD	17
Q21.35	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	UHHO; UCIR; UUEA; UCP; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UCC; UPED; UAD	18
Q21.38	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	UAD; UNOFT; UNP; UMRN; UCP; UHHO; UPED	19
Q21.40	% de unidades gerenciais implantadas	100% das unidades gerenciais implantadas	Diretoria de Assistência	20
AH.1	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	UCC; UCIR; UNP; UCP; UNORL; UNOFT; UMRN	21
AH.5	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	UPED; UHHO; UCIR; UUEA; UCP; UNP; UNOFT; UAMB	22
AH.6	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UAMB; UCC	23
AH.7	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNP; UNOFT; UAMB; UCC; UFH	24
AH.8	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	UCC; UCIR; UNP; UCP; UNORL; UNOFT; UMRN	25
AH.9	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UAMB; UCC	26
AH.10	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UCP; UMRN; UNP; UNOFT; UCC	27
AH.11	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UAMB; UCC; UAD	28

AH.12	% de cirurgias canceladas	Conforme metas das unidades assistenciais	UCC; UCIR; UNP; UCP; UNORL; UNOFT; UMRN	29
AH.13	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	UPED; UHHO; UCIR; UUEA; UCP; UNP; UNOFT; UAMB	30
AH.15	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAD; UAP; UNP	32
AI.3	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UFH; UAD	33
AJ.1	% de unidades com revisão de processos iniciada	100% das unidades com revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAD; UAP; UNP	34
AJ.5	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	UPED; UHHO; UNORL; UCIR; UUEA; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNP; UNOFT; UAMB; UCC; UAD	35
AJ.6	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAD; UAP; UNP	36
AJ.7	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	UND; UNORL; UCIR; UUEA; UHHO; UNIR; UCP; UMRN; UNIMULTI; UNOFT; UFH; UAMB; UCC; UAD; UAP; UNP	37

APÊNDICE Q – Proposta de PVS para a Comissão de Licitação

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
Q21.25	% de atendimento aos autos de infração e recomendações de auditoria (TCU, CGU, AUDIN)	100% de atendimento das recomendações atendidas	Recomendações atendidas e aceitas / Recomendações recebidas	Relatórios de auditoria
Q21.35	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade – UCF
AH.15	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AJ.1	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AJ.6	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE R – Proposta de PVS para a Coordenação do REHUF (CREHUF)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AO.2	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015 - AUDIN	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.3	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da VISA - Municipal	100% das regularizações promovidas até 2015 - VISA	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.4	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	100% das regularizações promovidas até 2015 - TCU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.5	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da MP	100% das regularizações promovidas até 2015 - MP	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.6	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	100% das regularizações promovidas até 2015 - CGU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.12	% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	100% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	Obras completadas / Obras solicitadas	Cronogramas de obras do REHUF, controle da área e SIMEC
AO.17	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade

APÊNDICE S – Proposta de PVS para a Unidade de Contabilidade e Finanças (UCF)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AN.1	% de resposta às recomendações de auditoria da AUDIN	100% respondidas até 2015	Respostas realizadas e aceitas / Esclarecimentos solicitados	Relatório da auditoria interna
AN.2	Número de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	Zero autos de infração da TCU até 2015	Quantidade de autos de infração recebidos	Relatórios de auditoria com autos de infração
AN.3	Número de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	Zero autos de infração da CGU até 2015	Quantidade de autos de infração recebidos	Relatórios de auditoria com autos de infração
AN.4	% de procedimentos de internação faturados dentro do prazo (alta complexidade e financiamento FAEC)	100% da produção de internação (alta compl. e FAEC) realizada devidamente faturada até o mês subsequente em que o paciente receber alta	Prontuários faturados / Prontuários recebidos em conformidade (FAEC e alta complexidade)	Controle interno do faturamento
AN.5	% de procedimentos ambulatoriais faturados dentro do prazo	100% da produção ambulatorial realizada devidamente faturada até o primeiro mês de correção (informações recebidas em conformidade)	Informações faturadas / Informações recebidas em conformidade	Controle interno da unidade
AN.6	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade - UCF
AN.7	Nº de cancelamentos de cirurgias motivadas por falta de empenho de material motivadas por falhas internas da unidade (excluindo-se orçamento)	Zero ocorrência de cancelamentos de cirurgias por falta de empenho de material motivadas por falhas internas da unidade (excluindo-se orçamento)	Nº de ocorrências	Sistema integrado do hospital / controles da unidade
	Nº de cancelamentos de cirurgias motivadas por falta de pagamento a fornecedor motivadas por falhas internas da unidade	Zero ocorrência de cancelamentos de cirurgias por falta de pagamento a fornecedor motivadas por falhas internas da unidade	Nº de ocorrências	Sistema integrado do hospital / controles da unidade
AN.8	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AN.9	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AN.10	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AN.11	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE T – Proposta de PVS para a Unidade de Administração de Pessoas (UAP)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AO.2	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015 - AUDIN	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.3	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da VISA - Municipal	100% das regularizações promovidas até 2015 - VISA	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.4	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	100% das regularizações promovidas até 2015 - TCU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.5	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da MP	100% das regularizações promovidas até 2015 - MP	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.6	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	100% das regularizações promovidas até 2015 - CGU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.8	% de implantação da Política Interna de Gestão de Pessoas	100% implantada até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma de Implantação da Política Interna - Unidade
AO.9	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade - UCF
AO.17	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AO.18	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	70 % de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.19	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AO.20	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.21	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE U – Proposta de PVS para a Unidade de Abastecimento (UAB)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AO.2	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015 - AUDIN	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.3	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da VISA - Municipal	100% das regularizações promovidas até 2015 - VISA	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.4	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	100% das regularizações promovidas até 2015 - TCU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.5	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da MP	100% das regularizações promovidas até 2015 - MP	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.6	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	100% das regularizações promovidas até 2015 - CGU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.9	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade - UCF
AO.14	% satisfação dos clientes internos sobre o abastecimento de material de expediente, médico-hospitalar e medicamentos	80% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.15	Nº de cancelamentos de cirurgias por falta de abastecimento de itens estoque 1 e 6 (mat. médico-hosp. e medicamentos, respect.)	Sem ocorrências evitáveis de infraestrutura até 2015	Nº de ocorrências	Sistema integrado do hospital / controles da unidade
AO.17	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AO.18	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	70 % de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.19	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AO.20	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

AO.21	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
-------	--	---	---------------------------------------	--

APÊNDICE V – Proposta de PVS para a Unidade de Informação (UINF)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AO.2	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015 - AUDIN	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.4	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	100% das regularizações promovidas até 2015 - TCU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.5	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da MP	100% das regularizações promovidas até 2015 - MP	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.6	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	100% das regularizações promovidas até 2015 - CGU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.9	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade - UCF
AO.10	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AO.11	% implantação do PDTI	70% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AO.14	% satisfação dos clientes internos sobre os serviços ofertados pela UINF	80% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.15	Nº de cancelamentos de cirurgias por falhas de infraestrutura de Tecnologia da Informação e indisponibilidade de prontuários	Sem ocorrências evitáveis até 2015	Nº de ocorrências	Sistema integrado do hospital / controles da unidade
AO.17	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AO.18	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	70 % de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.19	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AO.20	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.21	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE W – Proposta de PVS para a Unidade de Infraestrutura (UIE)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AO.1	% de solicitações de especificações técnicas atendidas	100% das demandas originadas da DAS com especificações técnicas	Solicitações atendidas / Solicitações recebidas	Engenharia Clínica - banco de dados de especificações
AO.2	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015 - AUDIN	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.3	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da VISA - Municipal	100% das regularizações promovidas até 2015 - VISA	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.4	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	100% das regularizações promovidas até 2015 - TCU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.5	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da MP	100% das regularizações promovidas até 2015 - MP	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.6	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	100% das regularizações promovidas até 2015 - CGU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.7	Número de crises e ocorrências com os órgãos representativos da sociedade civil - CREA	Ausência de ocorrências sem a devida solução com o CREA que impactem na continuidade das atividades	Quantidade de ocorrências severas	Relatórios com restrições do CREA / Controle interno da unidade
AO.9	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade - UCF
AO.12	% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	70% de obras de adequação completadas de acordo com as solicitações realizadas	Obras completadas / Obras solicitadas	Manutenção e Sup. Projetos e Obras (controles internos)
AO.13	% de solicitações de manutenção completadas	70% de solicitações de manutenção completadas até 2015	Solicitações atendidas / Solicitações recebidas	Manutenção e sup. projetos e obras (controles internos)
AO.14	% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura	80% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.15	Nº de cancelamentos de cirurgias por falhas de infraestrutura	Sem ocorrências evitáveis de infraestrutura até 2015	Nº de ocorrências	Sistema integrado do hospital / controles da unidade

AO.17	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AO.18	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	70 % de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.19	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AO.20	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.21	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE X – Proposta de PVS para a Unidade de Hotelaria Hospitalar (UHH)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AO.2	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da AUDIN	100% das regularizações promovidas até 2015 - AUDIN	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.3	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da VISA - Municipal	100% das regularizações promovidas até 2015 - VISA	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.4	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da TCU	100% das regularizações promovidas até 2015 - TCU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.5	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da MP	100% das regularizações promovidas até 2015 - MP	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.6	% de regularização de autos de infração e recomendações de auditoria da CGU	100% das regularizações promovidas até 2015 - CGU	Regularizações realizadas / Regularizações solicitadas	Relatório de auditoria do órgão
AO.9	Índice de sustentabilidade financeira	Alcançar 100% de sustentabilidade financeira até 2015	Total de receitas / Total de gastos	Cálculo de sustentabilidade - UCF
AO.14	% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura	80% satisfação dos clientes internos sobre a infraestrutura até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.15	Nº de cancelamentos de cirurgias por falhas de hotelaria (enxoval e limpeza)	Sem ocorrências de infraestrutura até 2015	Nº de ocorrências	Sistema integrado do hospital / controles da unidade
AO.17	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AO.18	% de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	70 % de reconhecimento positivo da marca da comunidade interna	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.19	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AO.20	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AO.21	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE Y – Proposta de PVS para a Unidade Cirúrgica (UCIR)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares desnecessários (repetição, duplicidade, perda) por paciente	Redução de 80% dos exames complementares desnecessários por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	7 dias até 2015	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar por serviço abaixo de 4,5%	Taxa de infecção atual - 4,5%	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.10	Recredenciamento do banco de tecidos musculoesquelético	Recredenciar o banco até 2014	Recredenciamento aceito (S / N)	Documento emitido pelo órgão credenciador
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 50% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS

AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor
AP.21	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.22	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.25	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.29	% de cirurgias canceladas	Redução de 90% de cirurgias canceladas	Cirurgias canceladas / cirurgias agendadas	Controle interno da unidade (tabulação de avisos de cirurgias)
AP.30	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Qnt. de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing

AP.34	% de revisão de processos iniciada	60% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE Z – Proposta de PVS para a Unidade da Mulher e do Recém-Nascido (UMRN)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.03	% de retornos dos pacientes ao pronto-atendimento da UMRN (pacientes ginecológicas)	Reduzir o % de retorno de pacientes ginecológicos ao pronto-atendimento da UMRN em relação a 2011	Retornos fora do prazo - 2015 / Retornos fora do prazo - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	Alojamento conjunto - 10 dias; Gineco - 7 dias	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Diminuir a taxa em 10% na UTI neonatal com base em 2011; Manter em 0,5% a taxa do alojamento conjunto e ginecologia	Taxa de infecção atual / Taxa de infecção 2011 (UTI neonatal); Taxa de infecção atual - 0,5%	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 50% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS

AP.19	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AP.21	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.25	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.29	% de cirurgias canceladas	Reduzir em 70% o numero de cirurgias canceladas com base no resultado de 2011	Cirurgias canceladas - atual / Cirurgias canceladas - 2011	Controle interno da unidade (tabulação de avisos de cirurgias)
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de	Questionário - com

	atendimento humanizado		pontos	informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE AA – Proposta de PVS para a Unidade de Ambulatórios (UAMB)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.04	% de retornos dos pacientes dentro do prazo definido	Reduzir em 25% o retorno ambulatorial dos pacientes fora do prazo até 2015 com relação a 2011	Retornos fora do prazo - 2015 / Retornos fora do prazo - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo do ocorrido em 2011	Taxa de infecção atual - taxa de infecção 2011	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 20% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 70% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.22	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria

AP.30	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE BB – Proposta de PVS para a Unidade de Apoio e Diagnóstico (UAD)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.06	Nº de exames complementares indevidos por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares indevidos por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos conforme planos de trabalho elaborados	70% de equipamentos recebidos conforme planos de trabalho elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pela TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto à CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor
AP.19	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing

AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE CC – Proposta de PVS para a Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico e Terapêutico (UNIMULTI)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.2	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.11	% de equipamentos recebidos com base em projetos elaborados	30% de recebimento de equipamentos hospitalares com base em planos de trabalho	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pela TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto à CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA

AP.33	Qnt. fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE DD – Proposta de PVS para a Unidade de Cardiovascular e Pneumologia (UCP)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	7 dias até 2015	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo do ocorrido em 2012	Taxa de infecção atual - taxa de infecção 2012	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 30% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada – 2012	Documento de contratualização junto ao gestor

AP.19	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AP.21	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.22	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.25	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.29	% de cirurgias canceladas	Reduzir em 40% o número de cirurgias canceladas com base no resultado de 2011	Cirurgias canceladas - atual / Cirurgias canceladas - 2011	Controle interno da unidade (tabulação de avisos de cirurgias)
AP.30	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade

AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Qnt. fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE EE – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a Unidade de Centro Cirúrgico (UCC)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo do ocorrido em 2011	Taxa de infecção atual - taxa de infecção 2011	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 25% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor
AP.21	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios AGQ
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.25	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade

AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.29	% de cirurgias canceladas	Diminuir em 20% o número de cirurgias canceladas com base no resultado de 2012	Cirurgias canceladas - atual / Cirurgias canceladas - 2012	Controle interno da unidade (tabulação de avisos de cirurgias)
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE FF – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a Unidade de Imagem e Radioterapia (UNIR)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.04	% de atendimento dos pacientes dentro do prazo de retorno à consulta ambulatorial	Reduzir em 50% os atendimentos realizados fora do prazo em comparação ao resultado de 2011	Nº de atendimentos fora do prazo - atual / Nº de atendimentos fora do prazo - 2011	Unidade - relatório emitido em sistema interno
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 30% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing

AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE GG – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria (UNP)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.04	% de retornos dos pacientes dentro do prazo definido	Diminuir até 30% de retornos dos pacientes fora do prazo definido com base de 2011	Retornos fora do prazo - 2015 / Retornos fora do prazo - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	7 dias até 2015	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo do ocorrido em 2012	Taxa de infecção atual - taxa de infecção 2012	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 50% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização

AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor
AP.19	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AP.21	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.22	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.25	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.29	% de cirurgias canceladas	Reduzir o % de cirurgias canceladas motivadas por falhas na unidade com base no resultado de 2011	Cirurgias canceladas por falhas internas - atual / Cirurgias canceladas por falhas internas - 2011	Controle interno da unidade (tabulação de avisos de cirurgias)

AP.30	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE HH – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a Unidade de Nutrição e Dietética (UND)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 10% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE II – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a Unidade de Otorrino e Cirurgia Cervico-Facial (UNORL)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.04	% de retornos dos pacientes dentro do prazo definido	90% de retorno ambulatorial dentro do prazo definido	Retornos dentro do prazo / Retornos agendados	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	7 dias até 2015	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo do ocorrido em 2011	Taxa de infecção atual - taxa de infecção 2011	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 25% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS

AP.21	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre a segurança cirúrgica	Redução de 80% nas ocorrências evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.25	% adesão ao programa de cirurgia segura	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.29	% de cirurgias canceladas	Reduzir em 70% o numero de cirurgias canceladas com base no resultado de 2011	Cirurgias canceladas - atual / Cirurgias canceladas - 2011	Controle interno da unidade (tabulação de avisos de cirurgias)
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing
AP.34	% de revisão de processos iniciada	90% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE JJ – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a Unidade de Pediatria (UPED)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.01	Implantação da unidade básica ligada ao hospital por meio de convênio com o gestor municipal	Implantação da unidade básica até o 1º sem/14	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.04	% de retornos dos pacientes dentro do prazo definido	100% de retorno do paciente dentro do prazo definido	Retornos dentro do prazo / Retornos agendados	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	7 dias até 2015	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Diminuir em 5% a taxa de infecção hospitalar com base em 2012	Taxa de infecção atual / taxa de infecção 2012	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 50% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor

AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor
AP.19	% implantação do centro de telemedicina	100% implantado até 2015	Cronograma alcançado / Cronograma planejado	Cronograma do projeto
AP.22	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	80% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.30	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing

AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

APÊNDICE KK – Proposta de PVS para a Proposta de PVS para a a Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UEEA)

Ref.	Indicador	Meta	Fórmula	Fonte de Dados
AP.02	% de equipes multidisciplinares implantadas com acordo com deliberações do MS	100% das equipes implantadas até 2015	Equipes implantadas / Equipes deliberadas	Controle interno da unidade
AP.05	Taxa de ocupação hospitalar	Acima de 80% de taxa de ocupação até 2015	Ocupação atual / capacidade de ocupação	Sistema integrado do hospital
AP.06	Nº de exames complementares por paciente	Diminuir 20% dos exames complementares por paciente	Exames complementares por paciente - atual / Exames complementares por paciente - 2011	Controle interno da Unidade / Sistema integrado do hospital
AP.07	Taxa de permanência	7 dias até 2015	Total de pacientes-dia / total de saídas de pacientes	Sistema integrado do hospital
AP.08	Taxa de infecção hospitalar	Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo do ocorrido em 2011	Taxa de infecção atual - taxa de infecção 2011	Relatórios de monitoramento do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
AP.09	Taxa de mortalidade	Manter a taxa atual abaixo de 3,4% por ano	Taxa de mortalidade atual - 3,4%	Sistema integrado do hospital
AP.11	% de equipamentos recebidos com base nos projetos elaborados	Receber 50% de equipamentos recebidos com projetos elaborados	Equipamentos recebidos / Projetos elaborados	Controle interno da unidade
AP.12	Número de inconformidades apontadas pela auditoria do SUS	Zero inconformidades junto ao SUS	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.13	Número de inconformidades apontadas pelo TCU	Zero inconformidades junto ao TCU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.14	Número de inconformidades apontadas pela CGU	Zero inconformidades junto a CGU	Nº de inconformidades apontadas	Relatório de auditoria do órgão
AP.15	Obtenção da licença sanitária junto a Vigilância Sanitária municipal	Obtenção da licença até 2013	Licença obtida (S/N)	Documento emitido pelo órgão sanitário
AP.16	Pactuação dos níveis contratuais pelas partes envolvidas com o aceite	Pactuar com sucesso em todos os anos	Pactuação realizada (S/N)	Contratualização firmada junto ao gestor
AP.17	% cumprimento do contrato com o gestor SUS	Alcançar acima de 90% da produtividade pactuada	Produtividade alcançada / Produtividade pactuada	Relatório de resultado da contratualização com o gestor SUS
AP.18	Nº de procedimentos / medicamentos repactuados não ressarcidos por SUS	Aumentar a quantidade de procedimentos ou materiais repactuados em relação ao contrato anterior	Quantidade pactuada atual - Quantidade pactuada - 2012	Documento de contratualização junto ao gestor

AP.22	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre úlceras por pressão	Redução de 80% nas úlceras evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.23	Nº de eventos adversos evitáveis nos processos de trabalho sobre prevenções de queda	Redução de 80% nas quedas evitáveis	Nº ocorrências evitáveis - atual / Nº ocorrências evitáveis - 2011	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.24	% adesão ao programa de administração segura de medicamentos	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.26	% adesão ao protocolo de prevenções de quedas	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.27	% de atuação nos eventos adversos nos processos de trabalho sobre medicamentos e sangue	Atuação em 95% dos eventos adversos	Eventos com ações / total de eventos adversos	Controle interno da unidade / Relatórios Assessorias de Qualidade
AP.28	% de ações baseadas no relatório da ouvidoria	95% de ações executadas com base no relatório de ouvidoria	Chamados em ouvidoria com ações executadas / total de chamados em ouvidoria	Relatório de histórico de chamados na ouvidoria
AP.30	% adesão ao programa de prevenção a úlceras por pressão	100% de adesão até 2015	Profissionais assistenciais com adesão / Total de profissionais assistenciais	Controle interno da unidade
AP.32	Nível de acreditação pela ONA	Alcançar Acreditação Nível 3 até 2015	Nível de acreditação pela ONA	Certificação ONA - Assessoria de Qualidade
AP.33	Quantidade de fontes internas para divulgação das ações do HC junto à mídia	Aumentar em 10% as fontes de informação até 2015	Fontes internas - atual / Fontes internas - 2011	Clipping - Assessoria de Marketing
AP.34	% de revisão de processos iniciada	100% de revisão de processos iniciada até 2015 com base nas diretrizes da Humanização	Processos de trabalho com revisão iniciada / Total de processos de trabalho	Controle interno da unidade
AP.35	Percepção do paciente quanto ao atendimento humanizado	50% de percepção positiva do paciente	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
AP.36	Percepção do colaborador quanto à equidade nas relações de trabalho	30% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas

AP.37	Percepção do colaborador quanto ao modelo de gestão da PNH	50% de aderência dos colaboradores até 2015	Pontos conquistados / Total de pontos	Questionário - com informações tabuladas
-------	--	---	---------------------------------------	--

APÊNDICE LL – Eventos de alteração no processo de desenvolvimento do PVS para a entidade

Ref.	Área que motivou a alteração	Evento	Descrição
Q21.7	Diretoria do Corpo Clínico	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
Q21.8	Diretoria do Corpo Clínico	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
Q21.9	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
Q21.10	Diretoria de Enfermagem	Inclusão de área no indicador	Inclusão motivada por sugestão realizada pela Diretoria de Corpo Clínico
Q21.25	Direção Geral	Exclusão de área no indicador	Cascadeamento incorreto (que envolveu ao mesmo tempo assessorias e áreas) levou à duplicação de indicadores
Q21.26	Diretoria do Corpo Clínico	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
Q21.41	UINF	Alteração de meta	Alteração motivada pela argumentação do gestor da unidade gerencial considerando a exequibilidade da meta proposta
Q21.42	UIE	Alteração de meta	Alteração motivada pela argumentação do gestor da unidade gerencial considerando a exequibilidade da meta proposta
Q21.43	UIE	Alteração de meta	Alteração motivada pela argumentação do gestor da unidade gerencial considerando a exequibilidade da meta proposta
AH.12	Diretoria de Enfermagem	Inclusão de área no indicador	Inclusão motivada por sugestão realizada pela Diretoria de Corpo Clínico
AH.14	Direção Geral	Exclusão de área no indicador	Cascadeamento incorreto (que envolveu ao mesmo tempo assessorias e áreas) levou à duplicação de indicadores
AI.04	Diretoria do Corpo Clínico	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AJ.09	Comissão de Licitação	Exclusão de área no indicador	Área não envolvida nos processos do modelo de gestão da PNH
AO.01	CREHUF	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AO.03	UINF	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AO.09	CREHUF	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AO.11	UINF	Alteração de meta	Alteração motivada pela argumentação do gestor da unidade gerencial considerando a exequibilidade da meta proposta
AO.12	UIE	Alteração de meta	Alteração motivada pela argumentação do gestor da unidade gerencial considerando a exequibilidade da meta proposta
AO.13	UIE	Alteração de meta	Alteração motivada pela argumentação do gestor da unidade gerencial considerando a exequibilidade da meta proposta
AO.16	Direção Geral	Exclusão de área no indicador	Cascadeamento incorreto (que envolveu ao mesmo tempo assessorias e áreas) levou à duplicação de indicadores

AP.01	UAMB	Exclusão de área no indicador	Área não envolvida no projeto
AP.02	UNIR; UAMB; UCC; UAD	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.03	UPED; UCIR; UNORL; UUEA; UCP	Exclusão de área no indicador	Indicador considerado inaplicável para a área, tendo em vista o repasse das atividades de pronto-atendimento a uma Unidade de Pronto-Atendimento pertencente à Prefeitura Municipal de Curitiba
AP.04	UCP; UUEA; UCIR; UMRN	Exclusão de área no indicador	O gerenciamento do retornos dos pacientes dessas áreas é realizado pela UAMB
AP.06	UNIR	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.07	UNIR	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.08	UNIR; UAD; UNIMULTI	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.12	UNIR	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.13	UAMB	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.14	UAMB	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.16	UNIR; UCP; UMRN; UCC	Exclusão de área no indicador	Área não envolvida nos processos de contratualização
AP.18	UAMB; UMRN; UNIR; UNORL	Exclusão de área no indicador	Inexistência de procedimentos ou medicamentos a serem negociados
AP.19	UCIR; UCC; UAMB; UUEA; UNORL; UNIR; UUEA	Exclusão de área no indicador	Área não envolvida no projeto
AP.22	UNORL; UNIR; UMRN; UCC; UNIMULTI	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.24	UNIMULTI	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.27	UNIMULTI	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.30	UNORL; UNIR; UMRN; UCC; UNIMULTI	Exclusão de área no indicador	Indicador não aplicável para a área
AP.31	Direção Geral	Exclusão de área no indicador	Cascadeamento incorreto (que envolveu ao mesmo tempo assessorias e áreas) levou à duplicação de indicadores